

Les personnes âgées dépendantes

**RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE
SUIVI DES RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS
ET DES ORGANISMES INTÉRESSÉS**

NOVEMBRE 2005

Sommaire

	Page
<i>Délibéré</i>	7
Introduction	9

Chapitre préliminaire – Le défi de la dépendance	13
<i>I L'augmentation attendue du nombre des personnes âgées dépendantes</i>	13
<i>II L'accroissement inévitable des coûts de la prise en charge</i>	20
<i>III La demande de prise en charge par la collectivité</i>	21
Première partie : Accroître et améliorer l'offre de services	37
Chapitre I – Le maintien à domicile	43
<i>I Un secteur dispersé</i>	45
<i>II Une offre de services très inférieure aux besoins</i>	51
<i>III Une politique de modernisation difficile</i>	66
Chapitre II – L'hébergement en institution	81
<i>I L'état des lieux</i>	82
<i>II La réforme des EHPAD : une réforme complexe, et encore incomplètement appliquée</i>	88
<i>III Le bilan</i>	99
<i>IV Les voies possibles pour un achèvement de la réforme</i>	125

	Page
Deuxième partie – Consolider et la clarifier le financement	131
Chapitre III – Les sources et les circuits de financement.....	135
<i>I Une multiplicité d'acteurs et de sources de financement.....</i>	<i>136</i>
<i>II Esquisse de synthèse des financements consacrés à la dépendance.....</i>	<i>153</i>
Chapitre IV – Les difficultés de financement.....	167
<i>I Le financement de l'APA.....</i>	<i>167</i>
<i>II Les financements de l'assurance maladie.....</i>	<i>172</i>
<i>III Le rôle de la CNSA.....</i>	<i>176</i>
Chapitre V – Les perspectives de financement.....	179
<i>I Des problèmes majeurs à moyen et long terme.....</i>	<i>180</i>
<i>II Des choix nécessaires.....</i>	<i>193</i>

Troisième partie – Améliorer la répartition des rôles entre les acteurs et mieux assurer leur coordination.....	201
Chapitre VI – Le rôle de l'Etat dans un contexte de décentralisation partielle.....	205
<i>I La coordination des acteurs nationaux.....</i>	<i>206</i>
<i>II Les instruments de suivi et de prévision.....</i>	<i>214</i>
<i>III Les missions des DDASS et des DRASS.....</i>	<i>216</i>
Chapitre VII – Le rôle majeur du département.....	221
<i>I Une organisation et des moyens très différents selon les départements.....</i>	<i>223</i>
<i>II Les disparités départementales dans l'attribution de l'APA.....</i>	<i>225</i>
<i>III La qualité des planifications et des programmations.....</i>	<i>232</i>
<i>IV La place des départements dans la coordination des actions au niveau local.....</i>	<i>239</i>

	Page
Chapitre VIII – L’articulation des systèmes sanitaire et médico-social et le rôle des caisses de sécurité sociale.....	245
<i>I L’articulation entre secteur médico-social et secteur sanitaire.....</i>	<i>245</i>
<i>II Le cloisonnement institutionnel.....</i>	<i>247</i>
<i>III Le rôle des caisses de sécurité sociale et des ARH.....</i>	<i>254</i>
Chapitre IX – Structurer les dispositifs autour d’un objectif prioritaire : la réponse aux attentes de la personne et la continuité de sa prise en charge	257
<i>I Organiser des parcours adaptés aux besoins des personnes âgées dépendantes.....</i>	<i>257</i>
<i>II Assurer la continuité des soins et de l’aide.....</i>	<i>265</i>
<i>III Maintenir le lien social.....</i>	<i>273</i>
<i>IV Lutter contre la maltraitance.....</i>	<i>277</i>

Conclusion générale.....	289

Annexe 1 - Méthodologie de l’enquête.....	297
Annexe 2 - Principaux rapports parlementaires, administratifs et des juridictions financières.....	301
Annexe 3 - La répartition des personnes âgées dépendantes par groupes iso-ressources.....	305
Annexe 4 - Les coûts restant à la charge des personnes âgées dépendantes (à domicile).....	307
Annexe 5 - L’aide à domicile.....	313
Annexe 6 - Présentation des différents types d’institutions et d’établissements avec dénombrement par catégories et places offertes.....	319
Annexe 7 - Les financements.....	327
Annexe 8 - Pilotage et planification.....	341
Annexe 9 -La prise en charge des personnes dépendantes en Allemagne, en Suède et au Royaume-Uni.....	343
Répertoire des principaux sigles et glossaire.....	347
Réponses des administrations et des organismes intéressés	363

DÉLIBÉRÉ

La Cour des comptes publie, sous la forme d'un fascicule séparé, un rapport concernant les personnes âgées dépendantes.

Conformément aux dispositions législatives et réglementaires du code des juridictions financières, la Cour des comptes, délibérant en chambre du conseil, a adopté le présent rapport public.

Ce texte a été arrêté au vu du projet qui avait été communiqué au préalable, en totalité ou par extraits, aux administrations et organismes concernés, et après qu'il a été tenu compte, quand il y avait lieu, des réponses fournies par ceux-ci. En application des dispositions précitées, ces réponses sont publiées ; elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs.

Etaient présents : M. Séguin, premier président, MM. Carrez, Pichon, Picq, Sallois, Babusiaux, Cretin, présidents de chambre, MM. Collinet, Delafosse, présidents de chambre maintenus en activité, MM. Chartier, Capdeboscq, Bady, Billaud, Malingre, Hespel, Richard, Devaux, Candiard, Arnaud, Descheemaeker, Bayle, Adhémar, Ganser, Martin Xavier-Henri, Monier, Schneider, Mme Cornette, MM. Lefoulon, Hernandez, Beaud de Brive, Mmes Froment-Meurice, Ruellan, MM. Cazanave, Duchadeuil, Moulin, Thélot, Lesouhaitier, Lefas, Andréani, Dupuy, Braunstein, Brochier, Delin, Mme Dayries, MM. Phéline, Coudreau, Gautier Jean, Courtois, Mme Seyvet, MM. Bonin, Vachia, Mme Moati, MM. Mollard, Diricq, Sabbe, Petel, Mme Trupin, M. Breyton, conseillers maîtres, MM. Audouin, Pascal, Lemasson, Cultiaux, Schaefer, Bille, conseillers maîtres en service extraordinaire, Mme Bazy-Malaurie, conseiller maître, rapporteur général.

Etait présent et a participé aux débats : M. Bénard, procureur général de la République, assisté de M. Van Herzele, chargé de mission.

Monsieur de Combles de Nayves, secrétaire général, assurait le secrétariat de la chambre du conseil.

N'a pas pris part aux délibérations : M. Couty, conseiller maître.

Fait à la Cour, le 27 octobre 2005.

Introduction

Le vieillissement progressif de la population française et l'accroissement des situations de dépendance physique et psychique qui en résulte constituent un phénomène lourd que toutes les projections démographiques confirment. La société française, comme la plupart des sociétés occidentales, va être durablement affectée par cette situation qui, directement ou indirectement, concernera tôt ou tard toutes les familles. Il s'agit d'un défi médical, social et financier encore largement sous-estimé, que seule une politique soigneusement préparée et construite peut aider à relever.

Depuis la seconde moitié des années 1990, les pouvoirs publics ont commencé à prendre la mesure de ces défis en engageant trois réformes importantes. La première vise à répondre aux besoins croissants des personnes âgées dépendantes et de leurs familles par l'instauration d'une aide financière à caractère universel, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)¹. La deuxième a pour objet de médicaliser et moderniser le parc des établissements d'hébergement. La troisième, très récente, accroît les sources de financement affectées à la prise en charge de la dépendance et du handicap en instituant une journée de solidarité et crée la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dont le champ d'action s'étend à l'ensemble de la perte d'autonomie.

L'enquête des juridictions financières s'inscrit dans la continuité des travaux de la Cour publiés en 2003 sur la vie avec un handicap² et sur les soins médicaux aux personnes âgées³. Elle traite des problèmes liés au séjour durable des personnes âgées dépendantes à domicile et en institution.

S'agissant des institutions, elle englobe tous les établissements du secteur médico-social accueillant des personnes âgées (maisons de retraite et foyers logements) mais aussi les unités de soins de longue durée (USLD), qui tout en appartenant au secteur sanitaire, relèvent de la catégorie des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). En revanche, elle ne traite pas du séjour des personnes âgées dépendantes en milieu hospitalier.

1) Un répertoire des principaux sigles et un glossaire figurent à la fin du rapport.

2) Rapport public particulier, juin 2003.

3) Rapport sur la sécurité sociale, septembre 2003, chapitre XII.

Deux chambres de la Cour et treize chambres régionales des comptes (CRC)⁴ ont conduit, en 2004, des travaux coordonnés. L'élaboration de la synthèse et les procédures de contradiction avec les responsables concernés et les pouvoirs publics ont eu lieu au premier semestre 2005.

Au niveau national, les travaux de la Cour ont porté sur le pilotage de la mise en œuvre de la politique par les administrations concernées. La Juridiction a examiné aussi l'application de la réforme de la tarification et les mécanismes d'allocation des fonds de l'assurance maladie aux établissements accueillant des personnes âgées. En ce qui concerne le maintien à domicile, elle a cherché à mesurer les résultats globaux obtenus depuis l'instauration de l'APA ; elle a fait porter également ses investigations sur l'action sociale des caisses de retraite.

Au niveau local, deux séries d'investigations ont été menées.

En premier lieu, les CRC ont procédé à des contrôles dans 27 départements métropolitains afin d'apprécier, sur un large échantillon, les conditions dans lesquelles les collectivités départementales, devenues acteurs majeurs de la politique d'aide aux personnes âgées dépendantes, se sont organisées pour répondre à leurs nouvelles missions. Plusieurs chambres régionales ont contrôlé des établissements publics accueillant des personnes âgées dépendantes ou gérant des services sociaux et médico-sociaux intervenant dans l'hébergement, dans les soins ou dans l'aide au maintien à domicile.

En second lieu, la Cour, sur la base d'un questionnaire adressé à 53 directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), services déconcentrés de l'Etat, puis d'investigations approfondies dans dix départements, a examiné le rôle des différents acteurs institutionnels au niveau local, la nature et la qualité de leurs relations et l'état actuel du pilotage et des coordinations qui en découlent. Ces travaux, et en particulier les visites et entretiens sur place, ont été effectués par des équipes communes de la Cour et de la chambre régionale compétente.

La recherche et l'analyse d'expériences et de pratiques intéressantes ou innovantes mises en œuvre dans certains départements, d'une part, l'examen de dispositifs mis en œuvre dans des pays voisins, d'autre part, ont permis d'introduire des dimensions comparatives dans l'enquête.

4) Voir en annexe 1, la méthodologie de l'enquête.

Celle-ci a, en outre, fourni l'occasion, dix ans après la publication d'un rapport des juridictions financières sur la décentralisation en matière d'aide sociale⁵, de réaliser un bilan des suites données aux recommandations de la Cour sur différents aspects de l'action en faveur des personnes âgées dépendantes.

Le présent rapport comporte tout d'abord (chapitre préliminaire) un état des besoins, qui permet de mesurer la nature et l'ampleur des problèmes que pose l'hébergement - à domicile ou en institution - des personnes âgées dépendantes : évolutions démographiques, évolutions - qui ne sont pas nécessairement homothétiques - des phénomènes de dépendance. Il examine également l'évolution des coûts des prises en charge et les réponses déjà données par les pouvoirs publics pour solvabiliser les personnes âgées. Il met en évidence les limites de ces financements publics et celles de la solidarité familiale. Il fournit donc un éclairage sur les diverses dimensions du défi de la dépendance auquel la société française doit répondre.

Le rapport présente ensuite (1^{ère} partie) un premier bilan des réponses déjà données, en matière d'offre de services à domicile et de capacités d'hébergement en institution. D'importants écarts apparaissent entre les résultats atteints et les objectifs affichés par les pouvoirs publics, et plus encore avec les besoins réels. Cette partie comporte aussi une évaluation des décisions prises depuis le milieu des années 1990 pour humaniser, moderniser, médicaliser les dispositifs de prise en charge et renforcer leur efficacité. Sur le fondement de ce bilan et de cette évaluation, le rapport indique les efforts à accomplir pour accroître et améliorer l'offre de services aux personnes âgées dépendantes.

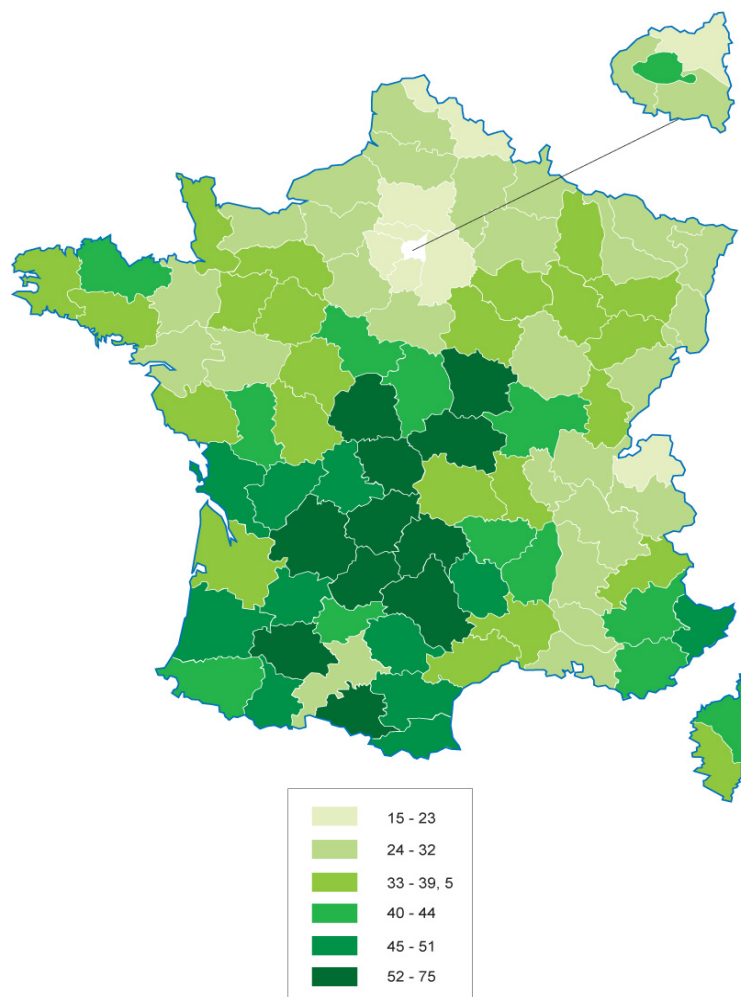
La 2^{ème} partie du rapport met en évidence la complexité des financements actuels, qui rend difficile la mesure précise des efforts consentis par la collectivité nationale dans la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées. Elle fournit une récapitulation d'ensemble de ces efforts, qui n'avait jamais été tentée jusqu'ici, faisant apparaître les difficultés de financement des politiques mises en œuvre et des objectifs récemment annoncés. Elle met également l'accent sur les problèmes de répartition des charges (dont la croissance certaine dans les prochaines années accroît l'importance) entre les différentes sources de financement. En préconisant la clarification et la consolidation des financements actuels, elle souligne que la situation appelle des choix précis entre les différentes options envisageables.

5) Rapport public particulier - décembre 1995.

Enfin, la 3^{ème} partie traite des problèmes d'organisation, de coordination et de pilotage, à un moment où le jeu complexe d'acteurs institutionnels et professionnels très nombreux est modifié par l'accentuation de la décentralisation et la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Elle souligne que des mesures de coordination et de simplification sont nécessaires pour mieux prendre en compte les besoins des personnes âgées dépendantes, en particulier celui de la continuité de leur prise en charge.

Le vieillissement de la population française

Nombre de personnes de 75 ans ou plus
pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans



source INSEE au 1.1.2003

Chapitre préliminaire

Le défi de la dépendance

I - L'augmentation attendue du nombre des personnes âgées dépendantes

A – Données générales

Les instruments réglementaires et statistiques français définissent comme personnes "âgées" les personnes de 60 ans et plus. Cet âge ne constitue pourtant pas un seuil pertinent dans le processus de vieillissement, et moins encore pour la dépendance qui ne concerne qu'une faible part des sexagénaires. La clef de voûte du dispositif de prise en charge des personnes âgées dépendantes est l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui peut être attribuée à partir de 60 ans.

Les personnes de soixante ans et plus, qui étaient 12,5 millions en 2000 (soit 22 % de la population), seront 17 millions en 2020 (+ 40 % en 20 ans) et près de 21,5 millions en 2040, ce qui représentera près du tiers de la population totale. Celles de 80 ans et plus, âge auquel la prévalence de la dépendance commence à augmenter rapidement, seront 4 millions en 2020 (soit 80 % de plus qu'en 2000) et 7 millions en 2040 (soit plus de trois fois plus qu'en 2000).

Le terme de "dépendance" est explicité par la loi qui a institué en 1997 la prestation spécifique dépendance (PSD), et par celle du 20 juillet 2001 qui a créé l'APA : peuvent bénéficier de cette allocation "les personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière".

Les notions d'actes essentiels et d'aide laissent une marge d'interprétation et ne délimitent pas les causes de la survenance de l'état de dépendance. Il n'est donc pas étonnant que le dénombrement précis de la population des personnes âgées dépendantes ne soit pas aisé, même si des mécanismes objectifs ont été mis en place dans la gestion des régimes d'aide. En outre, la réalité ne se limite pas à deux états (dépendance ou non-dépendance) : les degrés de dépendance sont très divers, et les situations vécues varient sensiblement en fonction du type d'« acte essentiel » dont l'accomplissement est compromis (mobilité, hygiène, alimentation, conversation, vie sociale, etc.)

Un premier repère peut être fourni par l'APA elle-même : au 31 décembre 2004, celle-ci était servie à 865 000 personnes⁶ et le ralentissement de la progression enregistrée à la fin de la période laissait penser que la phase de montée en charge du dispositif était achevée pour une grande majorité de départements⁷ Mais ce chiffre, à lui seul, ne peut suffire pour deux raisons. D'abord, l'attribution de l'aide repose sur une grille d'appréciation de la dépendance, la grille AGGIR, retenue en raison de sa relative simplicité (6 classes allant de la dépendance la plus forte, GIR 1, à la plus faible, GIR 6)⁸ et parce qu'elle permet un passage aisé des niveaux de dépendance aux niveaux d'aide. Ensuite, elle dépend de démarches volontaires des allocataires.

6) DREES, Etudes et résultats n° 388, avril 2005.

7) Le chiffre publié en octobre 2005 par la DREES fait état de 891 000 bénéficiaires au mois de juin 2005.

8) Cf. présentation détaillée dans le glossaire.

La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources)

Elle est destinée à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens. L'évaluation se fait sur la base de dix-sept variables :

- dix variables se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique et sont utilisées pour le calcul du GIR (groupe iso-ressources) ;

- sept variables concernent la perte d'autonomie domestique et sociale et n'entrent pas dans le calcul du GIR mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide.

Les personnes âgées qui sollicitent le bénéfice de l'APA sont classées dans les six groupes iso-ressources que compte la grille nationale, en fonction des aides à la personne ou techniques commandées par leur état. Seuls les quatre premiers niveaux de GIR de la grille (1 à 4) ouvrent droit à l'APA.

D'autres instruments de mesure sont donc nécessaires. Pendant longtemps, on n'a pu disposer que de données éparses. La situation s'est nettement améliorée avec le lancement d'une vaste enquête de l'INSEE, l'enquête "Handicaps, Incapacités, Dépendance" (HID)⁹, réalisée en quatre vagues entre 1998 et 2001. L'enquête HID faisait ressortir un nombre de 796 000 personnes âgées dépendantes, classées en équivalent GIR 1 à 4 en 2000¹⁰. Elle devrait être renouvelée en 2008.

En appliquant à ces données différentes grilles d'analyse, les chercheurs parviennent à des estimations de la population des personnes âgées dépendantes allant de 628 000 à 1 516 000 personnes, fourchette qui peut être ramenée de 628 000 à 850 000 personnes si l'on se concentre sur les cas que les différentes méthodes d'analyse s'accordent à qualifier de dépendance lourde¹¹.

9) Voir Rapport public particulier « La vie avec un handicap » juin 2003 (pages 29 et suivantes). L'enquête a été réalisée par entretiens auprès de 30 400 personnes et fondée sur plus de 650 questions permettant de mieux cerner handicap et dépendance. Ces résultats, dont les chercheurs ont pu rapidement disposer, ont donné lieu à de multiples exploitations et constituent un gisement essentiel d'informations.

10) 69 000 en équivalent GIR 1, 262 000 en équivalent GIR 2, 201 000 en équivalent GIR 3 et 264 000 en équivalent GIR 4 (voir résultats détaillés en annexe 3 avec une estimation de la situation en 2004 fondée sur les données APA recueillies par la DREES).

11) Cf. Revue française des affaires sociales n° 1-2 janvier- juin 2003 : Christel Colin « Que nous apprend l'enquête HID sur les personnes âgées dépendantes ? ».

L'exploitation de l'enquête HID est fondée sur les mêmes critères que ceux qu'utilisent les équipes médico-sociales de terrain pour attribuer l'APA (grille AGGIR).

Quelques grands traits en ressortent :

- la dépendance augmente fortement avec l'âge (2 % entre 60 et 69 ans ; 10,5 % à 80 ans ; 30 % à 90 ans) ;
- la population concernée est majoritairement féminine, ce qui reflète l'espérance de vie plus longue des femmes, et vit principalement au domicile ;
- la proportion des personnes âgées dépendantes dans la population totale varie sensiblement selon les régions.

Il faut cependant relever deux faiblesses, qui ont une incidence sur les exercices de prospective :

- l'enquête HID est moins pertinente sur les problèmes psychiques, les troubles du comportement et les détériorations intellectuelles que sur les incapacités "physiques" ;
- le nombre total de personnes âgées dépendantes, calculé par approximation en appliquant les critères de dépendance AGGIR aux résultats de l'enquête HID, est très sensible à de faibles changements dans les algorithmes (une variation dans l'interprétation de deux critères de la dépendance utilisés dans la grille AGGIR peut modifier de 20 % l'estimation).

Ces incertitudes¹² contribuent, avec d'autres facteurs, à rendre difficile une prévision précise à moyen et surtout à long terme. On ne peut donc disposer que d'un ensemble de projections ou scénarios alternatifs.

La DREES¹³ et l'INSEE ont appliqué aux projections démographiques existantes diverses hypothèses relatives au niveau de la dépendance par classe d'âge.

12) La Cour a aussi relevé qu'on ne disposait pas à l'heure actuelle de statistiques indiquant notamment la durée de séjour dans les différents GIR ou la répartition croisée par sexe et par âge pour chaque niveau de GIR.

13) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère chargé des affaires sociales.

A l'échéance de 20 ans et de 40 ans, la démographie des personnes âgées est désormais globalement cernée, même si les travaux actuels n'ont pas approfondi l'étude des déformations de la pyramide des âges et surtout ne permettent pas de descendre au niveau régional ou départemental.

La question de l'évolution de la dépendance future est plus ouverte. La durée de la vie augmente mais les états de dépendance se manifestent plus tard. Il faut rappeler que dans les années 80, et de façon moins certaine dans les années 90, notre pays a connu des gains d'espérance de vie sans dépendance plus rapides que les gains d'espérance de vie globale, en particulier pour les personnes âgées de plus de 80 ans, qui constituent la classe d'âge appelée à la croissance la plus forte dans les décennies à venir. La question est donc de savoir si cette tendance favorable va se maintenir durablement.

En outre, certains facteurs risquent de jouer dans le sens de l'accroissement de la dépendance et de la demande d'aide : la proportion croissante des personnes vivant seules, l'augmentation possible de la demande résultant de l'amélioration des dispositifs de prise en charge ou le progrès médical qui permet désormais de prolonger la vie d'un plus grand nombre de personnes accidentées et handicapées.

La DREES, en 2003, a élaboré trois scénarios à l'horizon de 2020 et 2040 : le premier retient l'hypothèse que les taux de dépendance vont continuer de baisser au même rythme que dans les années 1990 ; dans un deuxième, plus pessimiste, l'espérance de vie sans dépendance évoluera de façon parallèle à l'espérance de vie générale ; enfin, un scénario central se situe à la moyenne des deux premiers. L'exercice a été mené en retenant les dépendances lourdes telles qu'elles peuvent être évaluées à travers deux grilles différentes¹⁴.

En 2000, le nombre de personnes âgées dépendantes s'élevait à 0,8 million selon la grille AGGIR (GIR 1 à 4) et à 0,85 million selon la grille EHPA.

14) Niveaux 1 à 4 de la grille AGGIR et niveaux 11 à 22 de la grille EHPA. L'indicateur dit « EHPA », du nom de l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées tient compte, comme la grille AGGIR, à la fois de la dépendance physique et de la dépendance psychique.

Les projections à 2020 et 2040 sont les suivantes :

Projections en nombre de personnes âgées dépendantes

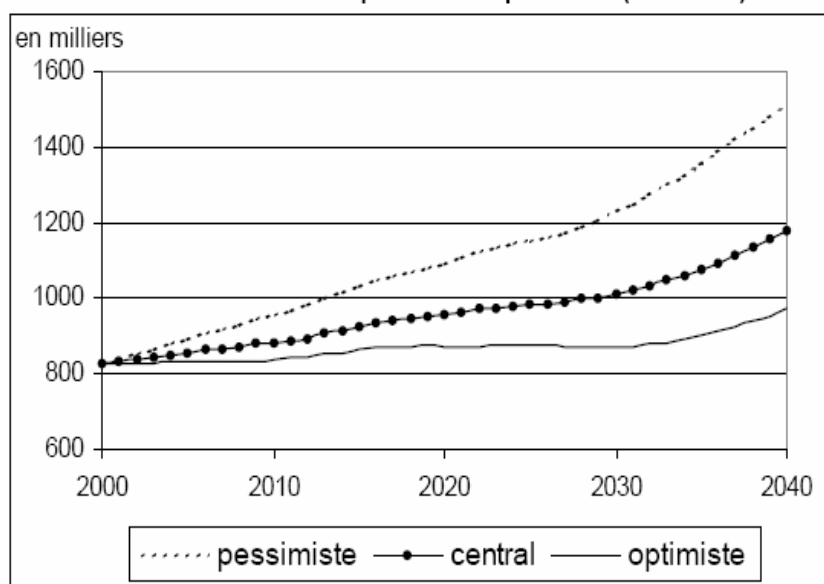
(en millions)

	2020		2040	
	GIR 1 à 4	EHPA 11 à 22	GIR 1 à 4	EHPA 11 à 22
Scénario optimiste	0,91	1,00	1,06	1,17
Scénario central	1,00	1,07	1,22	1,34
Scénario pessimiste	1,05	1,14	1,43	1,54

Source : DREES

L'INSEE, dans une étude de 2004, parvient à des résultats convergents.

Évolution du nombre de personnes dépendantes (en milliers)



Sources : Insee, Destinie et enquêtes HID 1998-2001

Même dans le scénario central de chaque projection, la progression prévisible est forte : d'ici à 2040, les cas de dépendance lourde augmenteraient de plus de moitié. L'augmentation ne serait pas linéaire, et comporterait deux fortes poussées, l'une avant 2015, l'autre à partir de 2030 environ.

Cette augmentation du nombre de personnes dépendantes n'a pas eu d'équivalent dans la période passée : la collectivité va être confrontée à un problème d'une ampleur inédite.

B – Le cas spécifique des dépendances psychiques

Les outils de mesure de la dépendance sont mal adaptés au cas des personnes désorientées ou victimes de détériorations intellectuelles. La grille AGGIR, à la différence d'autres instruments, tente d'analyser cette catégorie de troubles, mais on lui reproche de conduire à une sous-estimation des difficultés propres à la prise en charge. En réalité, l'insuffisance est plus profonde.

Le nombre de personnes concernées est, en effet, mal connu. Cela n'est guère surprenant pour certaines manifestations de désorientation ou de difficulté dans l'échange, mais le constat vaut aussi pour les affections graves. Concernant la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, par exemple, les estimations vont aujourd'hui encore, suivant les sources, de 600 000 à 850 000 et de 135 000 à 165 000 cas nouveaux par an. Les maladies neuro-dégénératives, en particulier la maladie d'Alzheimer, progressent rapidement, sans que l'on sache si cette tendance, en partie liée aux progrès du diagnostic précoce, va se poursuivre. Sauf progrès thérapeutique majeur dans le traitement de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, et modification rapide des habitudes de prescription pour d'autres facteurs de perte de mémoire, les projections générales rapportées ci-dessus seront vraisemblablement dépassées dans le domaine des dépendances psychiques.

Pourtant, la situation actuelle est déjà préoccupante : 40 % des nonagénaires sont atteints de troubles psychiques et intellectuels. La maladie d'Alzheimer est susceptible d'être à terme à l'origine d'une majorité des demandes d'APA.

Or, ces affections entraînent une dépendance particulièrement difficile à prendre en charge. Elles requièrent tôt ou tard une assistance permanente, souvent de longue durée, extrêmement éprouvante pour les proches, et très coûteuse lorsqu'elle fait intervenir des professionnels.

II - L'accroissement inévitable des coûts de la prise en charge

Quels que soient le lieu de résidence de la personne âgée (domicile ou établissement) et le mode d'intervention (social, médico-social ou sanitaire), les coûts de la prise en charge sont appelés à croître sous l'effet de la diversification des prestations demandées, du renforcement des normes à respecter et de l'introduction de progrès techniques.

A – L'augmentation des besoins en personnel

L'alourdissement des charges résulte tout d'abord de la nécessité d'augmenter l'effectif d'intervenants. Il faut, en effet, à la fois faire face à l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et renforcer le taux d'encadrement pour offrir une prise en charge de meilleure qualité.

Le coût de la prise en charge est également appelé à augmenter au rythme des revalorisations salariales intervenant dans la fonction publique hospitalière, dans la fonction publique territoriale et dans le secteur associatif. En effet, une grande partie des intervenants sont régis par les dispositions statutaires de ces deux fonctions publiques ou par des conventions collectives couvrant le secteur associatif. En outre, le caractère faiblement attractif des métiers liés au grand âge rend vraisemblables de futures revalorisations salariales.

Enfin, les charges de personnel devraient croître avec l'élévation progressive de la qualification des intervenants. Le problème se pose avant tout pour le secteur de l'aide à domicile qui se caractérise par un très faible taux de qualification. Ainsi, seuls 18 % des aides à domicile travaillant dans les services ont une qualification sanctionnée par un diplôme professionnel¹⁵. Au coût initial de la formation¹⁶, que doivent prendre en charge l'Etat, les régions et le fonds social européen ainsi que les branches professionnelles, s'ajoute le renchérissement des prestations fournies par les personnes qualifiées.

15) DREES, Études et résultats n° 297, mars 2004.

16) A titre d'illustration, la formation initiale au diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) coûte environ 4 000 €

B – L’amélioration du contenu, de la qualité et de la coordination des prestations fournies

La politique de modernisation des établissements porte non seulement sur le personnel mais aussi sur le cadre d’accueil : mise aux normes de sécurité, rénovation et amélioration du cadre de vie, développement de démarches qualité. Le type de prise en charge est également appelé à évoluer : comme l’entrée en établissement est de plus en plus tardive, le niveau de dépendance des personnes accueillies s’élève, ce qui rend nécessaire une adaptation des modalités de prise en charge, notamment médicale, qui occasionne elle aussi des coûts.

L’amélioration de la qualité de la prise en charge à domicile est de même une ligne de force de la politique des différents financeurs et acteurs du secteur. Outre l’effort entrepris pour promouvoir la qualification des intervenants, elle passe par la recherche d’une meilleure continuité entre services et d’une plus grande coordination entre les différents intervenants et par des démarches d’évaluation. Ces améliorations peuvent être sources d’économies par la rationalisation des interventions mais aussi entraîner des coûts supplémentaires de gestion. Des financements non négligeables leur sont déjà affectés et sont appelés à croître.

III - La demande de prise en charge par la collectivité

Depuis la mise en place de l’APA, la part des financements publics dans la prise en charge de la dépendance a crû de manière significative. A ce financement spécifique de la perte d’autonomie s’ajoutent des mécanismes plus globaux de solvabilisation.

En dépit de l’accroissement des ressources que la collectivité consacre à la prise en charge de la dépendance, les coûts restant à la charge des personnes demeurent élevés. La demande de concours publics a donc vocation à rester forte dans l’avenir.

A – La montée en charge de l’action sociale en faveur des personnes âgées dépendantes

Depuis dix ans, le cadre juridique et financier de l’intervention des collectivités publiques s’est profondément transformé. Traditionnellement, leur intervention repose, d’une part, sur l’aide sociale légale et obligatoire et, d’autre part, sur l’action sociale facultative des caisses de retraite.

Ces interventions se sont longtemps inscrites, pour l’essentiel, dans une logique d’aide aux personnes âgées les plus démunies, avec pour effet une solvabilisation limitée des besoins. L’introduction de la PSD puis de l’APA a profondément modifié ce paysage.

1 – Une forte augmentation de l’aide sociale départementale en faveur de la dépendance

Les départements ont reçu, en 1983¹⁷, la responsabilité de droit commun de l’aide sociale aux personnes âgées¹⁸.

L’aide sociale traditionnelle, qui vise les personnes les plus démunies, repose sur l’article L. 113-1 du code de l’action sociale et des familles (CASF) : « toute personne âgée de soixante-cinq ans ou plus privée de ressources suffisantes peut bénéficier, soit d’une aide à domicile, soit d’un placement chez des particuliers ou dans un établissement. (...) Les personnes âgées de plus de soixante ans peuvent obtenir les mêmes avantages lorsqu’elles sont reconnues inaptes au travail (...). »

Cependant, la nécessité de couvrir plus spécifiquement des situations de dépendance a conduit à utiliser en faveur des personnes âgées l’allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), créée en 1975 et initialement destinée aux personnes handicapées. Aucune limite supérieure d’âge n’étant imposée, l’ACTP est devenue l’instrument principal de l’aide sociale aux personnes âgées dépendantes. En 1994, 70 % des allocataires étaient âgés de plus de 60 ans ; près de la moitié avaient 75 ans ou plus.

17) Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983, complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l’Etat.

18) Sous réserve de la compétence réservée par le législateur à l’État, qui se limite à l’allocation simple aux personnes âgées prévue à l’article L. 121-7 4° du CASF : en pratique, son attribution est restreinte aux étrangers non couverts par une convention de sécurité sociale.

En 1997¹⁹, une prestation de prise en charge de la dépendance est créée : la prestation spécifique dépendance (PSD). Financée par le département, elle ne peut être cumulée avec l'allocation compensatrice ou l'aide ménagère légale. L'attribution de la PSD est soumise à trois conditions principales : une condition d'âge (être âgé de plus de 60 ans), un degré de dépendance, évalué au cas par cas par une équipe médico-sociale dépendant du département, et une condition de ressources, proche de celle retenue auparavant dans le cadre de l'ACTP. A la différence de cette dernière, qui est une prestation en espèces, la PSD est une allocation en nature. Son montant est fixé au regard non seulement du degré de dépendance de la personne âgée mais aussi de son environnement (conditions de logement, aides apportées).

Première prestation destinée à la prise en charge de la dépendance, la PSD a néanmoins fait l'objet de nombreuses critiques : l'accès à cette prestation a été jugé trop restrictif (réservé aux personnes classées en GIR 1 à 3) et le dispositif de recours sur succession a été considéré comme dissuasif²⁰. 135 000 personnes seulement la percevaient au 30 septembre 2000. Insuffisante pour constituer un véritable soutien à l'autonomie, elle présentait en outre de fortes disparités selon les départements.

En réponse à ces insuffisances, un nouveau dispositif a été mis en place par la loi du 20 juillet 2001²¹ : l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Comme la PSD, l'APA est spécifiquement destinée à couvrir les situations de dépendance. Elle est ouverte à toute personne âgée de 60 ans ou plus que l'évaluation d'une équipe médico-sociale a conduit à classer dans les catégories de dépendance de GIR 1 à 4. Le texte permet donc de l'attribuer à des personnes jusque-là exclues de la PSD. Des tarifs et un barème sont établis au niveau national mais l'attribution de l'aide relève du département. La condition de ressources et le recours sur succession sont supprimés ; les bénéficiaires sont néanmoins appelés en fonction de leurs ressources à participer financièrement au plan d'aide.

19) Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997.

20) Il ressort pourtant des contrôles des chambres régionales des comptes que les recours sur successions mis en œuvre par les départements à l'encontre des héritiers d'allocataires de la PSD ont été peu nombreux et d'un faible produit. Ainsi, en Meurthe-et-Moselle, le nombre de recours est tombé de 13 à 4 entre 2000 et 2003, pour un gain de l'ordre de 20 000 €. En Moselle, un maximum de 11 recours a été enregistré en 2001, pour un gain de 17 000 €.

21) Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

L'APA a connu un succès rapide et massif. Comme déjà indiqué, 865 000 personnes en bénéficiaient à la fin de 2004 pour un coût global de 3,65 Md€ pour l'année.

2 – La réorientation de l'action sociale facultative des caisses de retraite en faveur des personnes les moins dépendantes

L'aide des caisses de retraite est une aide facultative attribuée aux ressortissants des différents régimes ; elle prend essentiellement la forme d'aides à la personne, notamment d'aide ménagère à domicile ou d'aides à l'aménagement du logement. Les caisses peuvent aussi financer des actions immobilières²².

L'aide ménagère est modulée selon le revenu de la personne aidée. Elle permet l'entretien courant du logement et l'assistance à la personne : courses, préparation des repas et soins sommaires d'hygiène, à l'exclusion des soins thérapeutiques, médicaux ou para-médicaux.

Ce type d'aide reste prédominant dans l'action sociale des caisses de retraite. Il concerne désormais, à la suite de la mise en place de l'APA, exclusivement les personnes évaluées en GIR 5 et 6. Au 31 décembre 2003, 243 000 personnes recevaient une aide ménagère de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés (CNAVTS) en métropole et son coût global pour l'année s'élevait à 235 M€²³.

L'allocation de garde à domicile, créée en 1992, permet de financer des heures de garde à domicile lorsque la personne âgée ne peut, temporairement, rester seule, le plus souvent en période de convalescence à l'issue d'un séjour en établissement hospitalier, en cas de maladie ou lorsque la famille est indisponible ou momentanément absente. Cette allocation est en voie de disparition et laisse la place à des dispositifs plus souples comme l'aide à l'hébergement temporaire et l'aide au retour à domicile après hospitalisation, deux prestations en cours d'expérimentation à la CNAVTS. Avec des modalités différentes, elles poursuivent les mêmes objectifs que l'allocation de garde à domicile : la continuité de la prise en charge et l'aide aux aidants, en mettant l'accent sur la seconde préoccupation.

22) A la CNAVTS, 85 % des dépenses sont des aides à la personne, le reste étant essentiellement des actions immobilières collectives (13 %).

23) Le nombre de bénéficiaires était de 250 000 en 2004 (Source DREES).

Les caisses peuvent également apporter une aide à l'amélioration de l'habitat (44,9 M€ en 2003, dont 19,1 M€ pour la CNAVTS) pour financer des travaux d'adaptation du logement liés à la perte d'autonomie.

B – Les autres mécanismes de financement

Au-delà des aides spécifiques liées à la perte d'autonomie, une part majeure des financements publics bénéficiant aux personnes âgées dépendantes repose sur des mécanismes plus globaux : prestations d'assurance maladie, allègements fiscaux, exonérations sociales, aides au logement.

1 – Les financements de l'assurance maladie

L'assurance maladie apporte une part essentielle des financements contribuant à la prise en charge des personnes âgées dépendantes²⁴. Ils couvrent le plus souvent à la fois des pathologies et des états de dépendance²⁵.

L'assurance maladie finance ainsi la partie « soins » des budgets des établissements du secteur médico-social (EHPA et EHPAD), soit 2,5 Md€ et des USLD, soit 1,4 Md€. Elle prend aussi en charge l'intégralité des budgets des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), soit 763 M€. En outre, les personnes âgées dépendantes peuvent avoir recours à des soins de ville et à certains matériels qui leur sont remboursés par l'assurance maladie. Pour les soins à domicile, le remboursement est, le plus souvent, de 100 %, la plupart des personnes âgées dépendantes se trouvant en affection de longue durée (ALD). Une enquête complémentaire, faite par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) à la demande de la Cour, a estimé à 2,3 Md€ le montant de ces dépenses pour les personnes âgées de plus de 75 ans présumées dépendantes²⁶. Enfin, les dépenses d'hospitalisation s'élèvent à environ 1,6 Md€ pour cette même catégorie de personnes.

24) Ne sont cités ici que des ordres de grandeur pour l'année 2003. Les chiffres sont détaillés dans la 2^{ème} partie, qui présente des estimations du coût de la dépendance.

25) L'assurance maladie rembourse notamment les aides techniques et les matériels visant spécifiquement à pallier les situations de perte d'autonomie.

26) La méthodologie de cette enquête complémentaire de la CNAMTS est présentée en annexe 7.

2 – Les allègements fiscaux

Certains dispositifs d'allègement fiscal ont été spécifiquement conçus pour participer à la prise en charge de la dépendance, des personnes âgées comme des personnes handicapées. En matière d'impôt sur le revenu, il s'agit de la réduction d'impôt de 25 % des « dépenses afférentes à la dépendance » supportées par les personnes âgées dans les établissements d'hébergement conventionnés²⁷, du crédit d'impôt en faveur d'équipements spécialement conçus pour les personnes âgées ou handicapées²⁸ et de l'exclusion de l'APA des revenus imposables. Les personnes dans certaines situations d'invalidité bénéficient par ailleurs de majorations de quotient familial²⁹. Enfin, un taux de TVA réduit à 5,5 % est prévu pour les ventes portant sur certains appareillages, ascenseurs et équipements spéciaux pour les personnes handicapées³⁰ ainsi que pour la fourniture de logement et de nourriture dans les maisons de retraite³¹.

D'autres allègements, qui n'ont pas été conçus principalement pour contribuer à la prise en charge de la dépendance, mais constituent néanmoins une source de solvabilisation des personnes âgées dépendantes, sont énumérés et chiffrés dans l'annexe 7.

Dans cet ensemble de mesures, deux dispositifs doivent toutefois être mis en exergue. Les contribuables qui emploient un salarié à leur domicile ou ont recours à une association ou une entreprise agréée ou à un organisme à but non lucratif ayant pour objet l'aide à domicile et habilité au titre de l'aide sociale ou conventionné par un organisme de sécurité sociale³² bénéficient d'une réduction de l'impôt sur le revenu égale à 50 % du coût de l'intervention à domicile. En outre, les rémunérations versées par un particulier pour l'emploi d'un seul salarié à domicile sont exonérées de taxe sur les salaires³³. Ces exonérations ne

27) Article 199 quindecies du code général des impôts (CGI). La plupart (90 % selon la DREES) des personnes hébergées en établissement étant exonérées de participation à leurs frais de dépendance, cette mesure est d'une portée limitée.

28) Article 200 quater du CGI et arrêté du 24 mars 2004.

29) Article 195 du CGI. De plus, l'article 196 A bis du CGI précise qu'un contribuable peut considérer comme étant à sa charge toute personne titulaire de la carte d'invalidité de l'article L. 241-3 du CASF pourvu qu'elle vive sous son toit.

30) Article 278 quinquies du CGI. Ces matériels peuvent bénéficier aux personnes âgées dépendantes.

31) Article 279 du CGI.

32) Article 199 sexdecies du CGI.

33) Article 231 bis du CGI.

sont pas spécifiques aux personnes âgées dépendantes, puisque tout particulier employeur peut en bénéficier ; elles n'en constituent pas moins aujourd'hui une source majeure de financement pour les personnes dépendantes.

Un seul dispositif (la réduction d'impôt au titre des frais de dépendance) concerne donc exclusivement les personnes âgées dépendantes.

Cet ensemble de dépenses fiscales est particulièrement hétérogène. Cette sédimentation complexe et peu lisible de dispositifs apporte néanmoins une aide aux personnes âgées dépendantes, notamment à celles qui paient l'impôt sur le revenu (voir annexe 4 et 2^{ème} partie, chapitre III).

3 – Les exonérations de cotisations sociales consenties aux particuliers employeurs³⁴

Les particuliers employeurs, qui bénéficient déjà de la réduction d'impôt sur le revenu pour l'emploi d'un salarié à domicile, peuvent également être exonérés de cotisations sociales. Ces exonérations, qui visent aussi à promouvoir l'emploi à domicile, constituent, comme les dépenses fiscales, une source de financement de la prise en charge de la dépendance. Elles peuvent bénéficier aux personnes âgées dépendantes, soit directement (sont exonérées partiellement les personnes de plus de 70 ans³⁵, et totalement les personnes en situation de dépendance³⁶), soit indirectement (les associations agréées d'aide aux personnes âgées, les CCAS et les organismes habilités à l'aide sociale ou ayant passé une convention avec un organisme de sécurité sociale bénéficient en effet du dispositif).

Le nombre de particuliers employeurs et les exonérations correspondantes ont fortement augmenté, notamment après l'apparition du chèque emploi service en 1995. En 2003, le nombre de bénéficiaires allocataires de l'APA, exonérés de cotisations sociales, était de 111 000. 532 000 personnes de plus de 70 ans non titulaires de l'APA bénéficiaient également de ces exonérations.

34) Comme les réductions d'impôt liées à l'emploi d'une personne à domicile, ces avantages ne jouent que pour des aides à domicile déclarées, ce qui n'est pas toujours le cas.

35) Article L. 241-10-I a du code de la sécurité sociale.

36) Article L. 241-10-I b, c, d, e du code de la sécurité sociale.

4 – Les aides versées au titre du logement

Plusieurs types d'aides à l'aménagement du logement en fonction des handicaps existent.

L'Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH) apporte une aide financière aux propriétaires dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond et qui réalisent des travaux d'accessibilité ou d'adaptation du logement. En 2004, 10 537 logements occupés par des personnes handicapées ou âgées et dépendantes ont ainsi bénéficié de subventions (34,11 M€).

Les organismes de logement social bénéficiaires de la prime à l'amélioration des logements à usage locatif et à occupation sociale (PALULOS) peuvent aussi contribuer à l'adaptation des logements.

Il a déjà été signalé que les caisses de retraite octroient également des aides qui visent à faciliter le maintien à domicile en améliorant l'aménagement de l'habitation et des installations. En 2003, 33 000 personnes âgées en ont bénéficié.

Enfin, les caisses d'allocations familiales versent, en matière de logement, des aides à la personne (APL et ALS) accessibles à tout public, qui peuvent bénéficier aux personnes âgées dépendantes et les aider à faire face au coût de la dépendance, à domicile ou en établissement. Parmi les résidents des EHPAD, 129 000 personnes âgées de 75 ans et plus percevaient en 2004 l'ALS et 67 000 l'APL.

C – L'importance des coûts restant à la charge des personnes âgées

Si la collectivité assume ainsi une part croissante du financement de la dépendance, des coûts importants restent à la charge des personnes elles-mêmes et de leurs familles.

1 – En institution

Les établissements pratiquent désormais une tarification en trois parties ou « sections » : une section « dépendance » financée à la fois par le département et le résident, une section « hébergement » financée par le résident (et, dans le cas où ce dernier ne dispose pas de ressources suffisantes, par l'aide sociale départementale) et une section « soins » entièrement financée par l'assurance maladie.

Ainsi, le résident doit prendre à sa charge les frais d'hébergement et une partie des frais de dépendance. L'ensemble constitue un prix de journée qui varie d'un établissement à l'autre. S'il est difficile d'établir une moyenne de ces prix de journée pour l'ensemble des établissements, la Cour a néanmoins recueilli des données sur les prix moyens dans les établissements habilités à l'aide sociale des dix départements de son échantillon : unités de soins de longue durée (USLD) et maisons de retraite (MR). En 2003, dans le département où le prix de journée moyen est le plus faible, il s'élève à 35,02 €, ce qui correspond pour le résident à une facture mensuelle d'environ 1 050 €. Dans le département (hors Paris) où le prix moyen est le plus élevé, il s'élève à 46,56 € et entraîne une charge de l'ordre de 1 400 € par mois³⁷.

Ces prix de journée moyens doivent être comparés aux pensions moyennes des personnes âgées. La retraite moyenne d'une personne entre 80 et 84 ans est de 1 023 € et celle d'une personne de 85 ans ou plus de 908 €³⁸.

Une étude de la CNAVTS³⁹ aboutit à des moyennes proches pour les prix de journée :

**Prix de journée moyen dans un échantillon d'établissements
habilités à l'aide sociale (USLD et maisons de retraite à but non
lucratif)**

(en €)

	Prix de journée 2002	Prix de journée 2003	Evolution 2002/2003	Tarif mensuel 2003
Etablissements signataires	40,49	42,58	5,1 %	1 299
Etablissements non signataires	40,69	42,07	3,4 %	1 283

Source : CNAVTS

37) La part des différents types d'hébergement varie selon les départements. Le prix est en général supérieur en USLD à ce qu'il est dans d'autres formes d'hébergement. Voir annexe 6 – tableau 6 bis.

38) Pensions tous régimes confondus (Etude CNAVTS, janvier 2004).

39) « Données quantitatives de l'enquête sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées de la branche retraite », CNAVTS janvier 2004. L'enquête distingue les établissements signataires de convention tripartites et les établissements non signataires (sur les conventions tripartites – voir chapitre II).

Tout en soulignant que son analyse comporte quelques biais méthodologiques et que les résultats doivent être analysés avec prudence, la CNAVTS estime que « le coût de résidence est en moyenne supérieur de 420 € aux pensions perçues par un retraité de plus de 80 ans et bénéficiaire potentiel de l'action sociale du régime général ». Il convient de noter que les difficultés de financement sont encore plus importantes pour les personnes hébergées dans des établissements privés non habilités à l'aide sociale et dont les prix de journée sont beaucoup plus élevés.

Il convient toutefois de noter que les personnes âgées peuvent avoir d'autres revenus que les pensions. Selon une étude de l'INSEE et de la DGI, les pensions représentaient en 2001 83 % des revenus des personnes âgées⁴⁰. Le revenu moyen d'une personne entre 80 et 85 ans peut ainsi être évalué à 1 232 € mensuels et celui d'une personne de plus de 85 ans à 1 094 € revenus qui dans les deux cas ne permettent pas de couvrir le prix de journée. Les résidents aux revenus modestes peuvent toutefois bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement.

2 – A domicile

Le coût d'une prise en charge à domicile est difficile à estimer car il varie en fonction du dispositif d'aide retenu et dépend beaucoup du degré d'implication de l'entourage.

Les dispositifs d'aide (APA, aide sociale, action sociale des caisses de retraite) ne couvrent qu'une partie des charges liées à la dépendance. Ainsi, les bénéficiaires de l'APA sont appelés, s'ils disposent de ressources mensuelles supérieures à 623 € à participer au financement de leur plan d'aide. Cette participation est d'autant plus importante que les ressources de la personne sont plus élevées. En outre, quand bien même le montant d'APA financé par le département atteindrait le maximum réglementairement possible, les heures d'aide ainsi financées peuvent ne pas suffire à couvrir l'ensemble des besoins. C'est le cas notamment des personnes nécessitant une aide permanente, qui peuvent avoir à supporter un coût (nuit et fin de semaine comprises) de plus de 6 500 € par mois⁴¹.

Procédant à partir du nombre d'heures finançables par l'APA versée par les départements, l'analyse présentée en annexe 4 établit que les montants moyens d'aide attribués ne permettent de couvrir qu'une

40) INSEE – DGI, enquête sur les revenus fiscaux, 2001.

41) Dans l'hypothèse où la totalité des heures de surveillance seraient rémunérées au coût horaire de 9,15 € (exonération de charges sociales incluses). Les gardes à domicile en continu peuvent ne facturer qu'une partie des heures de présence.

partie des besoins chiffrés par la grille AGGIR, quelles que soient les modalités de l'aide (prestataire ou de gré à gré)⁴². Ainsi, pour une personne classée en GIR2, le montant moyen d'aide versé par les départements permet de financer 39 heures en mode « prestataire » ou 68 heures en mode « gré à gré » alors que le besoin estimé selon la grille AGGIR est de 88 heures.

L'efficacité des dispositifs de solvabilisation, notamment de l'APA, résulte de la combinaison de l'assiette des prestations (nombre d'heures finançables) et du taux de prise en charge par la collectivité, qui, a contrario, fait ressortir le taux d'effort demandé aux bénéficiaires, dont la participation, s'agissant des allocataires APA, a été substantiellement augmentée par le décret du 28 mars 2003.

L'analyse chiffrée présentée en annexe 4 fait apparaître que l'aide perçue (en cumulant APA et réduction d'impôt au titre de l'emploi d'un salarié à domicile) varie – pour chaque niveau de GIR – en décroissant puis en croissant en fonction du revenu. Pour le niveau le plus élevé de dépendance, le total des aides diminue ainsi fortement entre 7 756 € et 28 800 € de revenus annuels et augmente ensuite : une personne disposant d'un revenu annuel de 43 200 € percevra une aide supérieure de 42% à celle d'une personne aux revenus de 28 800 € et de 6% à celle d'une personne aux revenus deux fois inférieurs (21 600€).

L'analyse des montants restant à la charge de la personne, figurant elle aussi en annexe 4, montre que, quelque soit le niveau de dépendance, le taux d'effort est systématiquement plus élevé pour les personnes ayant les revenus les plus faibles, et diminue au fur et à mesure de l'augmentation des revenus : pour une personne aux revenus de 7 756 € classée en GIR 1, le reste à payer atteint 5 194 €, soit 67% de son revenu.

Il en ressort aussi que le taux d'effort qui rapporte les dépenses laissées à la charge de la personne âgée dépendante à ses revenus peut dépasser 100 % si les temps de soins rendus nécessaires par l'état de celle-ci dépassent les temps théoriques découlant de la grille AGGIR.

Ces analyses ne prennent en compte que le coût de l'aide à domicile. Outre ce coût, les personnes peuvent enfin avoir à supporter celui d'un éventuel aménagement du logement, et le ticket modérateur de leurs soins si elles ne bénéficient pas d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD).

42) L'intervention en mode prestataire est une intervention sous la responsabilité et avec les moyens de l'organisme d'aide à domicile qui est l'employeur (voir 1^{ère} partie, chapitre I). Dans l'intervention en gré à gré, au contraire, le particulier est lui-même l'employeur.

APA à domicile et APA en établissement : une portée différente pour les bénéficiaires

Alors que l'APA à domicile est attribuée en fonction d'un plan d'aide individualisé, l'APA en établissement répond à une logique forfaitaire de couverture d'un tarif dépendance. Ce tarif, calculé pour chaque établissement, est appliqué à l'ensemble des résidents relevant d'un même GIR.

Le système de participation du bénéficiaire est également différent : à domicile, le ticket modérateur augmente fortement avec le revenu alors qu'il est le plus souvent indépendant du revenu en établissement. La plupart des résidents⁴³ se voient en effet appliquer une participation forfaitaire équivalente au tarif fixé pour les GIR 5 et 6.

Par ailleurs, l'aide attribuée à domicile (488 € mensuels) est supérieure en moyenne à celle attribuée en établissement (406 € mensuels). Enfin, si la participation des bénéficiaires à domicile a été augmentée en mars 2003 passant ainsi de 6 % en moyenne du plan d'aide en 2003 à 13 % en décembre 2004, elle reste néanmoins inférieure à celle acquittée par les personnes hébergées en établissement : pour ces dernières, le ticket modérateur représente 31 % du tarif dépendance⁴⁴.

D – Les limites de la solidarité familiale

Dès lors qu'en dépit des efforts de solvabilisation entrepris ces dernières années, la collectivité n'assure qu'une prise en charge partielle de la dépendance, le rôle des proches demeure déterminant. Mais ce rôle risque de ne pas suffire, en l'absence de dispositifs appropriés de soutien aux aidants, à faire face à terme à l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes.

43) La loi prévoit que pour des revenus inférieurs à 2 055 € mensuels, la participation est égale au tarif des GIR 5 et 6. Au-delà, la participation est majorée en fonction du niveau de revenu. Cette majoration n'est néanmoins que très rarement appliquée.

44) « L'APA au 31 décembre 2004 », DREES. Etudes et résultats n° 388, avril 2005.

1 – Les données démographiques

Si la majorité des personnes âgées peut vivre à domicile, c'est très souvent grâce à l'aide apportée par leurs proches. Plus du quart des personnes âgées de plus de 60 ans et plus de la moitié de celles de plus de 75 ans bénéficient d'une aide régulière (enquête HID), qui implique les proches dans environ 80 % des cas. Dans la moitié des cas, les personnes ne reçoivent qu'une aide non professionnelle, c'est-à-dire de leur entourage. Selon la DREES, les « aidants » non professionnels sont au nombre de 3,7 millions⁴⁵.

Ces chiffres suffisent à montrer que le maintien à domicile, priorité politique affichée avec constance, repose largement sur l'action des familles. Les aidants sont en général le conjoint ou un membre de la génération qui suit celle de la personne dépendante (enfant ou conjoint d'enfant). C'est le plus souvent une femme. L'aidant a un âge moyen de 70 ans s'il s'agit du conjoint, de 51 ans s'il s'agit d'un enfant ; dans huit cas sur dix, son âge est compris entre 50 et 79 ans.

Or, globalement, la population de la tranche d'âge 50-79 ans va progresser moins vite que le nombre de personnes âgées dépendantes : après avoir augmenté de 16 % entre 2000 et 2011, elle va se stabiliser en valeur absolue puis décliner, et au total elle n'augmentera que de 10 % entre 2000 et 2040.

Les effectifs des entourages directs des personnes dépendantes (conjointes et enfants) baisseront donc fortement, pour ces raisons mais aussi pour des motifs sociologiques : le nombre de ces aidants potentiels par personne âgée passera selon l'INSEE d'un ratio actuel de 2,8 (pour les hommes) ou 2,2 (pour les femmes) à un ratio de 2 pour l'ensemble.

2 – Les facteurs sociaux et psychologiques

A ce problème s'ajoute celui des modes de vie. L'aide aux personnes dépendantes soumet les aidants à des contraintes dont rien n'indique qu'elles seront supportées de la même façon dans l'avenir. Ainsi, 40 % des aidants disent ne pas pouvoir prendre de vacances (enquête HID). Une plus forte fréquence de certaines maladies pour les aidants a été évoquée⁴⁶. On sait aussi que la génération des quinquagénaires, considérée comme "génération pivot", est de plus en plus souvent appelée à aider durablement ceux des jeunes dont l'entrée

45) DREES, études et résultats, n° 142, novembre 2001.

46) Selon l'Association France Alzheimer 2004

dans la vie active est difficile. Il ne faut donc pas compter globalement sur un investissement supplémentaire de la part des aidants qui viendrait compenser les évolutions démographiques annoncées.

Le nombre effectif d'aidants dépendra aussi d'autres facteurs, en particulier de l'évolution de l'activité professionnelle. Les femmes sans activité professionnelle forment, en effet, une bonne part des aidants actuels : la majorité des aidants chez les conjoints et encore la moitié des enfants qui remplissent ce rôle. L'importance de l'aide familiale s'explique aussi par le taux d'activité relativement faible des femmes des générations concernées, situation appelée à changer : le nombre de femmes inactives de 50-64 ans va progresser encore moins vite que celui de la population de la tranche 50-79 ans (6 % d'ici 2040)⁴⁷. Un vivier essentiel va donc faire défaut.

3 – Les données géographiques

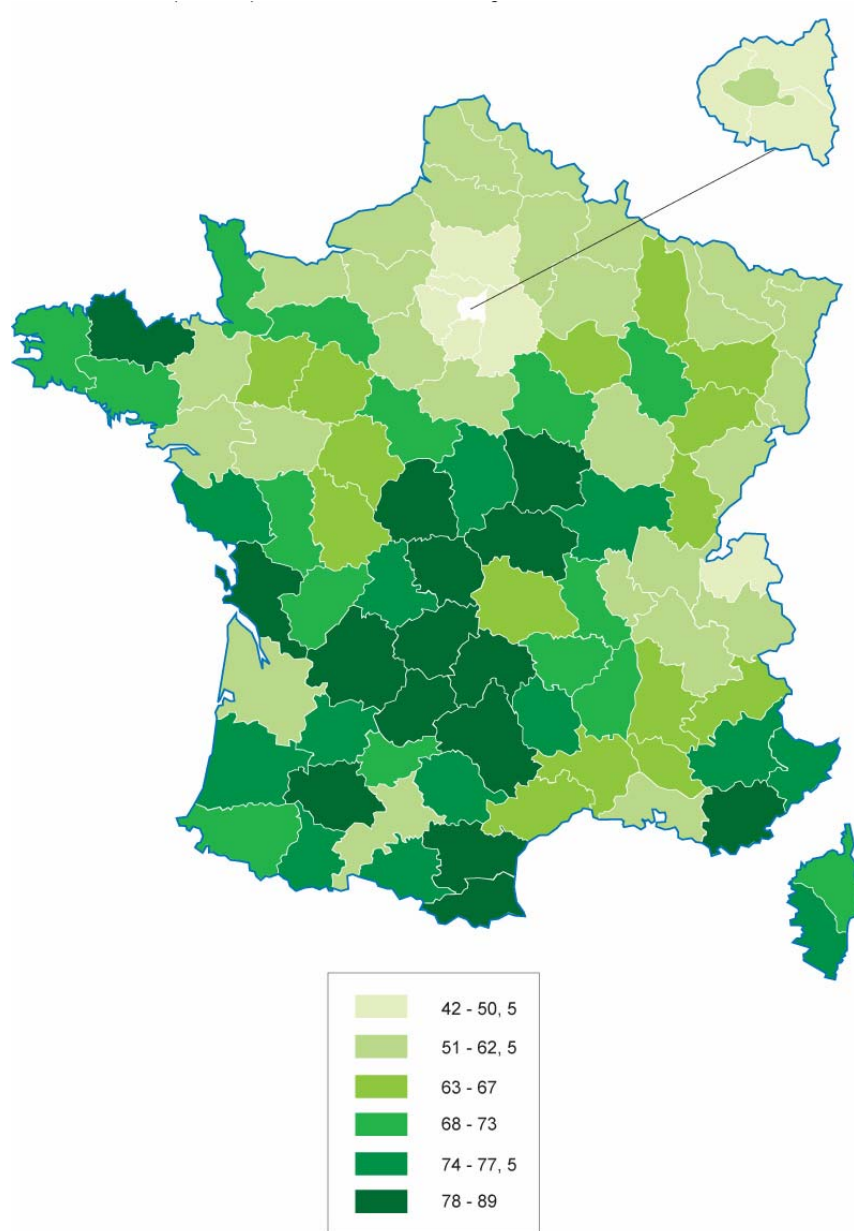
L'évolution ne sera pas la même sur tout le territoire. Si l'on retient l'hypothèse que le rapport actuel entre le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus et celui des personnes de la tranche d'âge 35-45 ans préfigure ce que sera, à terme de dix ans et au-delà, le rapport entre le nombre de personnes dépendantes et celui des aidants potentiels, on constate de nettes disparités géographiques⁴⁸.

La carte qui suit décrit la situation des différents départements au regard du rapport estimé en 2003 entre les personnes âgées susceptibles de devenir dépendantes et les aidants potentiels.

47) DREES Études et résultats, n° 142, novembre 2001.

48) Qui de surcroît, ne sont pas tout à fait les mêmes que celles apparaissant sur la carte du vieillissement de la population française présentée plus haut : le potentiel de l'aide informelle à moyen et long terme est davantage concentré sur les grandes régions urbaines.

Aide de l'entourage à moyen et long terme
(nombre de personnes âgées entre 60 et 70 ans pour 100 personnes âgées de 35 à 45 ans)



source INSEE au 1.1.2003

Sur le plan financier, une partie de la réponse privée aux perspectives d'accroissement de la dépendance en France pourrait venir de l'assurance personnelle. Toutefois, comme cela sera exposé dans le Chapitre V sur les perspectives de financement, les mécanismes d'assurance privée existant à l'heure actuelle offrent des possibilités limitées. Ils sont encore en phase de démarrage et leur commercialisation est considérée comme difficile par les professionnels.



Au total, alors que la DREES et l'INSEE prévoient une augmentation de 50 % du nombre de personnes âgées dépendantes d'ici 2040, et que le coût moyen de leur prise en charge va s'accroître, les possibilités apportées par les aidants familiaux ou par les mécanismes d'assurance privée sont limitées.

La demande de prise en charge collective ne peut dès lors que continuer à progresser rapidement.

Première partie

Accroître et améliorer l'offre de services

Grâce essentiellement à la montée en puissance du système des retraites, la politique consacrée aux personnes âgées a pu, à partir des années 60, prendre un autre contenu que l'assistance aux plus défavorisés, le placement en hospice et l'attribution de "secours obligatoires".

Depuis le rapport de la Commission d'étude des problèmes de la Vieillesse de 1962, dit Rapport Laroque (voir encadré), quelques textes et décisions importants sont venus jalonner la mise en place des principaux instruments de cette politique : la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, la circulaire du 7 avril 1982⁴⁹, les lois de décentralisation, les lois de 1997 et 2001 créant la PSD et l'APA. Il faut citer aussi la décision implicite, résultant des débats intervenus en 1999, de ne pas créer un "cinquième risque" dépendance financé et géré selon les règles de la sécurité sociale⁵⁰.

Cette chronologie ne doit cependant pas dissimuler le caractère hésitant des évolutions, au sein même de l'Etat, qui n'est qu'un des acteurs en présence. Les travaux et documents synthétiques comme ceux de la commission Laroque ou de la "circulaire Franceschi" ont à cet égard constitué des exceptions.

49) Dite "circulaire Franceschi", du nom du premier secrétaire d'Etat en charge des personnes âgées.

50) Lors de la clôture de l'année internationale des personnes âgées (30 novembre 1999), la ministre de l'emploi et de la solidarité confirmait son opposition à la création d'un "cinquième risque" géré dans le cadre de la protection sociale.

Le rapport LAROQUE

Créée par décret le 8 avril 1960, la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse était présidée par Pierre Laroque, conseiller d'Etat. Son champ de réflexion embrassait les problèmes d'emploi, de retraite et de conditions d'existence des personnes âgées.

Le rapport que cette Commission a remis a été une étape très marquante de la réflexion et des orientations en matière de prise en charge des personnes âgées.

L'aide à domicile était un objectif prioritaire. Le rapport recommandait une généralisation de l'aide ménagère (quel que soit le revenu), prise en charge "soit par les organismes de sécurité sociale, soit par l'aide sociale", l'organisation de services collectifs, la coordination administrative par les services départementaux de l'Etat, la coordination sociale à un niveau territorial de proximité. Les personnes âgées devaient pouvoir s'adresser à un "réseau d'action" unique. Il fallait aussi favoriser l'émergence d'un personnel spécialisé.

En ce qui concerne l'accueil en institution, le rapport préconisait une nette séparation entre maisons de retraite (ayant vocation à recevoir les personnes valides), les hôpitaux (pour les affections aiguës) et les hospices (vestiges tenaces des "dépôts de mendicité", laissés dans un "abandon médical"), qu'il faudrait transformer ou fermer.

Sur le plan médical, le rapport préconisait le développement du dépistage précoce, de l'hospitalisation à domicile et des services de soins à domicile, la création d'hôpitaux de jour pour les personnes frappées de "légers troubles mentaux", de services de gériatrie dans les hôpitaux et de services de réadaptation fonctionnelle. Il souhaitait la généralisation des moyens permettant de dispenser les soins courants dans les maisons de retraite.

On peut cependant dégager quelques lignes de force dans les politiques publiques menées au cours des trente dernières années. Elles apparaissent dans différents rapports⁵¹, dans des plans pluriannuels (notamment pour la médicalisation des établissements, la filière gériatrique⁵² ou la maladie d'Alzheimer), et s'expriment dans des lois, complétées par des règlements et des circulaires. Ce sont :

- la priorité affichée en faveur du maintien à domicile des personnes âgées, qui coïncide avec le vœu de la grande majorité d'entre elles ;
- l'accroissement et l'amélioration de l'offre d'hébergement en institution par la diversification des structures d'accueil amplifiée à partir de 1981, puis à nouveau à partir de 1997, par une politique de rattrapage du retard dans la médicalisation des établissements, médicalisation rendue encore plus nécessaire par le recul constaté de l'âge d'entrée en institution ;
- un cheminement, à compter du début des années 90, vers la prise en charge de la dépendance en tant que telle, mais en la distinguant autant que possible des autres composantes de la situation des personnes âgées concernées. Ces divers mouvements ont accru l'imbrication des interventions de l'Etat, des départements et de l'assurance maladie, tout en entraînant un retrait des caisses d'assurance vieillesse.

51) Maurice ARRECKX, sénateur, rapport d'une mission parlementaire en 1979 qui introduit le terme de "dépendance" dans la terminologie officielle ; Théo BRAUN et Michel STOURM : rapport au secrétaire d'Etat chargé de la sécurité sociale -1988- qui propose de créer une allocation destinée à couvrir la dépendance ; rapport de la commission présidée par M. Pierre SCHOPFLIN, commissariat général du plan, 1991 ; M. Jean-Claude BOULARD, député, Rapport Assemblée nationale -juin 1991- qui porte notamment sur l'architecture des aides ; Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER, députée : rapport au Premier ministre, -juin 1999-, qui propose 43 mesures en faveur d'une prise en charge plus juste et solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie.

52) La circulaire du 18 mars 2002 du ministre chargé de la santé fixe les principes d'organisation de cette filière gériatrique.

Ces grands axes ont été confirmés par le Plan « vieillissement et solidarité » annoncé à l'automne 2003. Outre une hausse des objectifs quantifiés pour le volume de l'offre et la médicalisation des établissements, ce dispositif a innové par certains financements "supplémentaires" (suppression d'un jour férié) et leurs canaux d'affectation (création de la CNSA), ainsi qu'en matière d'organisation sanitaire, mais ce dernier point, suscité par les effets de la canicule de l'été 2003, n'était pas spécifique à la dépendance (plan national canicule). En revanche, il n'a pas éclairé l'avenir au-delà de quatre ans, notamment en ce qui concerne la charge des principaux financeurs, à savoir les familles et les contribuables locaux, et n'a pas explicité les conséquences sur les dépenses, pourtant majoritaires, prises en charge par l'assurance maladie.

Objectifs chiffrés récents

Mesures	Programme d'action 2002-2005 Plan Alzheimer 2001-2005	Plan vieillissement et solidarité 2004-2007
Places SSIAD	+ 20 000	+ 17 000 (total 100 000 en 2007)
Places d'accueil de jour (1)	7 000	8 500
Places d'hébergement temporaire (1)	3 000	4 500
Places en maison de retraite		+ 10 000 (2)
Places médicalisées		+ 10 000
Emplois en EHPAD		+ 15 000 soignants (3)
Conventions (4)	8 000 établissements d'hébergement d'ici 2005	
Médecin coordonnateur		¼ ETP pour 60 places
Pièce à température maîtrisée		Tous EHPA

1) Les chiffres de la 3^{ème} colonne ne s'ajoutent pas à ceux de la 2^{ème} colonne mais s'y substituent.

2) Parc actuel des EHPA : environ 670 000 places

3) Taux d'encadrement porté de 1,66 à 2 ETP pour 10 résidents (+ 20 %)

4) Evaluation (1999) du nombre d'établissements à conventionner.

Sources : Programme d'action 2002-2005, Plan Alzheimer 2001-2005 et Plan « vieillissement et solidarité » 2004-2007

Chapitre I

Le maintien à domicile

La politique en faveur du maintien à domicile ne s'est que très progressivement affirmée. En 1962, la loi a institué une aide ménagère mais l'a réservée aux personnes privées de ressources suffisantes. Parallèlement, les caisses de retraite ont développé leurs propres prestations d'aide ménagère dans le cadre de l'action sociale en faveur de leurs assurés. En réponse, une offre de services à domicile s'est mise en place dans le cadre d'initiatives associatives.

En 1975, le législateur a donné au dispositif une dimension sanitaire en créant les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui se sont développés depuis 1981, date du décret précisant leur organisation. La loi hospitalière du 31 juillet 1991 lui a ajouté des structures d'hospitalisation à domicile (HAD).

En 1982, la "circulaire Franceschi" a précisé les modalités d'intervention et de financement des services d'aide et des services de soins à domicile. La création de la PSD en 1997 puis de l'APA en 2001 a permis de mieux solvabiliser les personnes âgées dépendantes demeurant à domicile.

A cet égard, l'année 2003 a marqué un tournant pour les services d'aide à domicile. Pour la première fois, les montants consacrés par les départements à l'aide sociale à domicile (2,4 Md€) ont dépassé les sommes allouées au titre de l'aide sociale en institution (2 Md€)⁵³. En outre, sur les 792 000 bénéficiaires de l'APA à la fin de 2003, 57 % vivaient à domicile⁵⁴.

Le plan gouvernemental « vieillissement et solidarité » de novembre 2003 a fait à nouveau du maintien à domicile une priorité. Il s'agit notamment d'augmenter et de diversifier l'offre en services d'aide à domicile, en SSIAD, en hébergement temporaire et en accueil de jour, de professionnaliser l'aide et de rendre les métiers plus attractifs, enfin d'améliorer la coordination gérontologique.

En trois ans, sous l'effet de l'APA mais aussi de différentes mesures incitatives (allègements fiscaux accrus pour l'emploi d'aides à domicile et aides financières directes à la modernisation), les services d'aide à la personne, principale composante du secteur, ont bénéficié d'un contexte budgétaire beaucoup plus favorable que celui qu'offraient précédemment l'aide sociale légale des départements et l'aide ménagère des caisses de retraite.

Malgré ces mesures importantes, le secteur de l'aide à domicile propose aujourd'hui une offre de services encore dispersée et insuffisante au regard des besoins exprimés. La politique de modernisation engagée se heurte à de nombreuses contraintes notamment financières.

53) Source : La lettre de l'ODAS de juin 2004.

54) « L'APA au 31 décembre 2003 », DREES, Études et résultats, n° 298, mars 2004.

I - Un secteur dispersé

A – Une offre de services couvrant le champ social et sanitaire

1 – Les aides à la vie quotidienne

a) La diversité de l'offre de services

La reconnaissance de l'état de dépendance a favorisé l'émergence du concept d'aide à la personne, qui s'est substitué à celui d'aide ménagère, trop réducteur. La perte d'autonomie se traduit, en effet, par un besoin d'aide domestique et d'assistance à la vie quotidienne. Les intervenants orientent leur action autour de deux axes essentiels en fonction de l'état de la personne âgée :

- l'appui aux tâches domestiques, telles que le ménage, les courses ou l'entretien du linge ;
- l'aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne (aide au lever et au coucher, accompagnement à la toilette et à l'habillage, assistance aux repas).

Une offre de services complémentaires contribue au maintien du lien social et à la sécurité des personnes âgées dépendantes. Ainsi, des portages de repas à domicile sont organisés dans la plupart des communes. Un accompagnement pour les déplacements à l'extérieur peut également être proposé.

b) Pluralité des statuts et des modes d'intervention

L'aide à domicile peut être apportée selon trois modalités, entre lesquelles le bénéficiaire choisit. La personne âgée peut être l'utilisateur d'un service, qui intervient dans ce cas en tant que prestataire. Elle peut aussi être l'employeur direct de l'intervenant et assumer seule cette qualité, dans le cadre d'un contrat en gré à gré, ou recourir à l'assistance administrative d'un service mandataire. On distingue donc l'offre « en mode prestataire », « en mode de gré à gré » et « en mode mandataire ».

Les services d'aide à domicile composent un paysage complexe du fait de la variété de leur statut juridique, de leurs modes d'intervention, et de leur volume d'activité.

80 % des structures intervenant au domicile des personnes âgées relèvent du secteur privé, associations ou entreprises à but lucratif. 20 % sont des établissements publics, essentiellement des centres communaux d'action sociale (CCAS).

L'activité des entreprises dans le secteur de l'aide à domicile se développe depuis 1996, date à laquelle la procédure d'agrément leur a été ouverte. Le secteur lucratif ne représente toutefois que 5 % des organismes agréés et moins de 1 % des heures réalisées. L'activité a, en effet, un caractère faiblement rentable. Par ailleurs, l'avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS) dans la procédure d'agrément qualité est souvent défavorable à ces entreprises.

c) Un secteur fragmenté

Au niveau local

La DREES dénombreait, en 1998, 7 000 services d'aide à domicile, apportant une aide à 1 400 000 bénéficiaires, dont 80 % de personnes âgées de plus de 60 ans. La moitié intervenait auprès de moins de 80 personnes par an. 63 % employaient moins de 25 salariés, proportion qui s'élevait à 80 % pour les CCAS.

Dans quelques cas, des stratégies locales de regroupement ont été mises en œuvre. Certaines structures se rassemblent au sein d'une fédération départementale coordonnant les actions qui concourent au maintien à domicile des personnes âgées, selon une logique territoriale de réseau. La fédération départementale des services de maintien à domicile des Côtes-d'Armor représente ainsi auprès des pouvoirs publics la quasi-totalité des structures existantes et fédère les initiatives visant à améliorer la qualité du service rendu aux usagers.

L'organisation de plates-formes de services constitue un deuxième moyen d'intégration et de mutualisation des moyens. Dans l'Hérault notamment, une plate-forme d'orientation, organisée autour d'un centre d'appel téléphonique, joue un rôle d'interface entre les prestataires de services et les personnes cherchant une aide à domicile.

De telles structures de coordination restent cependant très peu nombreuses.

Au niveau national

Le secteur de l'aide à domicile est représenté au niveau national par plusieurs fédérations :

- La plupart des CCAS⁵⁵ sont fédérés par l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS) ;
- Le secteur associatif est représenté par plusieurs fédérations. Les deux principales sont l'UNASSAD et l'ADMR. Elles se sont rapprochées en juin 2004 pour créer une union syndicale de branche. Quatre autres fédérations interviennent : l'ADESSA, la FNAID, la FNAAFP/CSF et l'UNACCSS⁵⁶ ;
- Le secteur du gré à gré est couvert par la Fédération des particuliers employeurs (FEPEM) ;
- Le secteur privé est représenté par les syndicats d'employeurs.

Le secteur est également couvert par plusieurs conventions collectives⁵⁷. Des efforts d'unification sont néanmoins en cours dans le secteur associatif : les six fédérations précitées du secteur associatif ont signé, en mars 2002, un accord salarial préfigurant une convention collective unique et, le 16 décembre 2004, un accord de branche relatif à la formation professionnelle.

2 – L'offre de soins

S'agissant des soins médicaux prodigués à domicile aux personnes âgées, le secteur libéral (médecins et infirmiers) demeure de loin le dispositif de droit commun, comme pour l'ensemble de la population. De plus, les infirmiers libéraux interviennent pour des actes de « nursing » auprès de plus de 200 000 personnes de plus de 75 ans.

55) Plus de 95 % des CCAS des communes de plus de 10 000 habitants, 73 % des CCAS des communes de 5 000 à moins de 10 000 habitants et 1 735 CCAS des communes de moins de 5 000 habitants. L'UNCCAS comptait 3 246 adhérents en 2004, contre 3 140 en 1998.

56) Une présentation de leur activité respective est faite en annexe 5.

57) Dans le secteur associatif : convention collective de l'ADMR du 6 mai 1970 ; convention des organismes d'aide et de maintien à domicile du 11 mai 1983 (UNASSAD, FNAAFP/CSF, FNAID, ADESSA) ; protocole d'accord du 24 mai 1993 (UNACCSS). Dans le secteur du gré à gré, les salariés se voient appliquer une convention collective particulière.

Les SSIAD, avec environ 82 000 places autorisées en 2004 dont la plupart au domicile, sont devenus, là où ils existent, un élément important de l'offre de soins. Ils effectuent des actes infirmiers au domicile des personnes âgées en même temps que des soins d'hygiène générale et aident celles-ci à accomplir les actes essentiels de la vie. La spécificité de ces objectifs appelle des soins plus prolongés et mieux coordonnés que ne le permettrait une prise en charge à l'acte.

Les organismes privés, le plus souvent à but non lucratif, gèrent les deux tiers des places de SSIAD. Les établissements hospitaliers ou médico-sociaux publics et les CCAS gèrent les autres places. Le fonctionnement des SSIAD est entièrement financé par l'assurance maladie qui leur verse un forfait journalier sur la base du nombre de places ouvertes⁵⁸.

Si la décision de faire intervenir un tel service relève d'un médecin, les intervenants sont essentiellement des aides soignants et des infirmiers, salariés de la structure ou infirmiers libéraux ayant passé convention avec le SSIAD.

Les aides à l'accomplissement des actes essentiels de la vie sont largement majoritaires : 85 % des interventions effectuées en 2002. La proportion de personnes bénéficiant d'un soin technique variait alors entre 12 % (injections) et 35 % (soins dermatologiques).

Ces constats illustrent à la fois l'importance de l'offre inorganisée (infirmiers libéraux et aide en gré à gré) et, pour les services organisés, la très forte imbrication des champs d'intervention des SSIAD et des services d'aide à domicile, ce qui rend nécessaire leur coordination.

B – Une difficile coordination des interventions

La situation de dépendance dans laquelle se trouve une personne âgée se traduit par un besoin d'intervention globale. De ce fait, un service d'aide à domicile est rarement seul à intervenir. 80 % des bénéficiaires d'une aide à domicile reçoivent l'aide ou les soins d'autres intervenants professionnels ou informels ; un quart est pris en charge par plus de six intervenants⁵⁹.

58) « Les SSIAD et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002 » DREES, Etudes et résultats n° 350, novembre 2004.

59) « Les bénéficiaires des services d'aide à domicile », DREES, Etudes et résultats n° 296, mars 2004.

1 – La répartition des compétences entre les personnels soignants et les aides à domicile

La frontière entre les actes relevant d'un personnel soignant et ceux qui peuvent être effectués par une aide à domicile est parfois difficile à définir, tant il est malaisé de faire la différence entre pathologie et dépendance.

Les actes techniques prescrits par un médecin et les soins infirmiers d'hygiène⁶⁰ relèvent de la compétence de personnels soignants. Néanmoins, la répartition des compétences pour les actes d'hygiène simples (aide à la toilette et aux fonctions d'élimination) et l'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne reste floue, malgré certains efforts de clarification⁶¹. Les personnels soignants effectuent certains actes qui pourraient être pris en charge par un service d'aide à domicile, mobilisant ainsi une compétence soignante et des crédits de l'assurance maladie. Inversement, par défaut de coordination ou manque de places en SSIAD, les services d'aide à domicile peuvent être conduits à prendre en charge un acte qui requerrait une compétence en matière de soins.

Les enjeux de la répartition des compétences sont multiples. Ils sont financiers : les prestations sont payées par l'assurance maladie pour les soins, par le département au titre de la prise en charge de la dépendance par l'APA. Ils sont également qualitatifs : la qualification devrait être la plus adaptée à l'acte effectué. Ils sont enfin juridiques : se pose, en effet, le problème de la responsabilité pénale de l'intervenant qui agit en dépassant le cadre de ses fonctions⁶².

60) Ces actes se pratiquent dans un objectif médical de promotion de l'autonomie des fonctions vitales, physiques et psychiques. Ils sont à différencier d'une toilette simple effectuée sans objectif médical.

61) Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, arrêté du 1^{er} avril 2002 sur les démarches de soins infirmiers (qui prévoit les conditions de transfert de certains actes à une auxiliaire de vie sociale), circulaire de la DGAS du 4 juin 1999 précisant les modalités de surveillance de la prise de médicaments.

62) L'article L. 4314-4 du code de la santé publique punit l'exercice illégal de la profession d'infirmier ou d'infirmière.

2 – La coordination des interventions

La coordination des évaluations (évaluation de l'organisation et du suivi des soins par l'infirmier, évaluation de la dépendance par l'équipe médico-sociale du département) et des prises en charge est rendue difficile par la multiplicité et le cloisonnement des intervenants.

Le problème se pose tout particulièrement concernant la coordination entre les infirmiers libéraux et les autres acteurs. Un infirmier libéral ne peut pas, en effet, encadrer des auxiliaires de vie sociale ou leur déléguer des tâches. Il ne peut non plus avoir recours à des aides soignants, qui ne peuvent exercer à titre libéral. Les seules délégations possibles sont celles d'infirmiers salariés de SSIAD aux aides soignants et autres intervenants salariés du service.

La démarche de soins infirmiers (DSI) instaurée en 2002 par la CNAMTS à destination des infirmiers libéraux a pour but d'optimiser la répartition des compétences entre infirmiers et auxiliaires de vie. L'infirmier est appelé à observer le patient et son environnement, à formuler un diagnostic et un scénario de prise en charge : soit il prend en charge le patient avec notamment des séances de soins infirmiers qui incluent des toilettes, soit il l'oriente vers une auxiliaire de vie sociale. Le bilan de la DSI reste à ce jour très modeste. Très peu répandue, la démarche n'a pas encore permis de rationaliser les champs d'intervention des infirmiers qui conservent une large activité en soins de « nursing ». Son élaboration ne s'est pas accompagnée d'une réflexion sur la possibilité d'exercer la profession d'aide soignant en ville, hors SSIAD ; l'infirmier n'a donc le choix qu'entre assurer lui-même les soins ou orienter le patient vers une auxiliaire de vie. Aucun report sur les SSIAD n'est, en effet, prévu.

La coordination des différentes interventions relève pour l'essentiel d'initiatives personnelles, notamment de l'infirmière coordinatrice du SSIAD et des responsables des services d'aide à domicile. Leur tâche est facilitée quand existent des services polyvalents. 30 % des organismes gérant un SSIAD assurent également la gestion d'un service d'aide ménagère, 25 % gèrent aussi des portages de repas et 20 % offrent une prestation de téléalarme. Ainsi, les services du CCAS de Rennes disposent depuis 1999 de quatre antennes gérontologiques, regroupant pour deux d'entre elles un service d'aide à la vie quotidienne et un SSIAD, gérés par la même directrice.

Un décret de 2004⁶³ donne désormais un cadre juridique à cette coordination et à l'existence de services polyvalents. Par ailleurs, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées permet aux établissements et services sociaux et médico-sociaux de constituer des groupements de coopération⁶⁴. Ceux-ci peuvent recruter du personnel ou acheter du matériel qu'ils peuvent mettre à la disposition de leurs membres. Ils ont vocation à favoriser la continuité de la prise en charge ainsi que la coopération avec le secteur sanitaire.

Toutefois, les exigences de qualité et de continuité des interventions au profit des personnes âgées dépendantes vont bien au-delà du seul encouragement à une meilleure coordination des intervenants au domicile ou de la possibilité juridique de constituer des services polyvalents.

Les modes de financement de ces structures sont aujourd'hui différents : les SSIAD dépendent du secteur sanitaire et sont financés sur des crédits de l'assurance maladie engagés par les services déconcentrés de l'État ; les services d'aide à domicile habilités à l'aide sociale dépendent pour leur financement des départements. Une autorité tarifaire unique serait plus rationnelle et plus efficace pour les interventions auprès des personnes.

II - Une offre de services très inférieure aux besoins

L'accès à des aides et à des soins permettant le maintien à domicile est une demande forte des personnes âgées dépendantes. Dans une communication du 7 mars 2005 consacrée au lancement d'une campagne d'information sur les métiers liés à l'aide aux personnes âgées, la secrétaire d'Etat aux personnes âgées estimait « que seulement 30 % des besoins déclarés par les personnes âgées sont satisfaits »⁶⁵.

63) Décret du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

64) Disposition codifiée à l'article L. 312-7 du CASF.

65) Pour une personne donnée, l'aide professionnelle n'apporte une solution qu'à 30 % des restrictions d'activité ou incapacités rencontrées – DREES, Études et résultats, n° 296, mars 2004.

Les enquêtes de la Cour et des chambres régionales des comptes ont mis en évidence les insuffisances des instruments actuels de connaissance des besoins et de l'offre par les pouvoirs publics. Les enquêtes administratives les plus récentes sur les services d'aide à domicile datent de 1999 et 2000⁶⁶, avant la mise en œuvre de l'APA et il n'est pas prévu de les renouveler avant 2006.

A – La progression de la demande et la réponse des services médico-sociaux

L'activité des services d'aide à domicile est en constante progression. Cette évolution est particulièrement nette pour les structures affiliées aux réseaux UNASSAD et ADMR.

Evolution de l'activité des réseaux ADMR et UNASSAD en faveur des personnes âgées (en millions d'heures ou de journées)

		2000	2001	2002	2003	2004	2000/ 2004
Activité « prestataire » d'aide à domicile aux personnes de 60 ans et + (millions d'heures)	ADMR	19,2	20,4	23,3	26,7	32	+ 66 %
	UNASSAD	33,1	35,2	39,2	45,5	55,4	+ 67 %
Activité « mandataire » (millions d'heures)*	ADMR	17,2	17,9	18,6	19	19,5	+ 13 %
	UNASSAD	21,3	22,7	23,9	26	26,2	+ 23 %
Services de soins (millions de journées)	ADMR	2,1	2,2	2,3	2,5	2,8	+33 %
	UNASSAD	3	3,2	3,6	4,2	5,3	+ 76 %

* Tous publics confondus, mais les personnes âgées représentent 90 % des bénéficiaires

Source : ADMR et UNASSAD

Néanmoins, les chiffres disponibles ne permettent pas d'évaluer la progression du taux de couverture des besoins d'aide et de soins à domicile.

66) Enquêtes de la DREES : SAPAD structures 1999 et SAPAD bénéficiaires 2000.

1 – Une demande de continuité et de diversification des services

Les difficultés d'organisation de certains services d'aide à domicile peuvent être préjudiciables à une prise en charge efficace des personnes âgées dépendantes.

C'est notamment le cas des petites structures intervenant en milieu rural qui ne parviennent pas à satisfaire toutes les demandes d'intervention le soir et en fin de semaine⁶⁷, faute de disposer d'un personnel suffisant. C'est également celui de certains CCAS employant des agents titulaires, qui ont à résoudre des problèmes d'organisation du temps de travail dans le cadre du régime de la fonction publique territoriale. Ainsi le CCAS de Rennes a dû mettre en place un partenariat informel avec les associations d'aide à domicile qui interviennent sur les créneaux horaires sensibles, en attendant l'aboutissement des négociations relatives à la réorganisation de son service prestataire d'aide à domicile.

La demande de prise en charge émanant des personnes âgées dépendantes s'est par ailleurs diversifiée. Elles recherchent également des prestations de garde de nuit, permanentes ou itinérantes (passage ponctuel d'une personne au cours de la nuit). Or les premières sont très coûteuses et les secondes encore peu répandues.

2 – Des besoins en personnel croissants, difficiles à satisfaire

L'aide apportée aux personnes âgées dépendantes par une tierce personne qualifiée constitue l'essentiel des plans d'aide financés par l'APA : 90 % de l'APA financent les services d'un ou plusieurs intervenants. Le nombre moyen d'heures assurées était de 43 heures mensuelles en 2002 variant, selon le niveau de dépendance, de 73 heures pour les personnes classées en GIR 1 à 28 heures en GIR 4⁶⁸.

Les services ont d'abord répondu à l'accroissement de la demande résultant de la mise en œuvre de l'APA en augmentant le temps de travail de leurs salariés. Aujourd'hui, ils sont de plus en plus confrontés à des difficultés de recrutement. L'UNASSAD faisait état, fin 2003, d'au moins 325 postes non pourvus dans son réseau. A l'occasion de la communication du 7 mars 2005 déjà mentionnée, les besoins en recrutement d'aides à domicile et d'aides médico-psychologiques ont été estimés à 30 000 par an.

67) Selon une étude de la DREES (« APA, une analyse des plans d'aide », Études et résultats n° 293, février 2004), 65 % des personnes aidées par un professionnel ne le sont pas le samedi, et 83 % ne le sont pas le dimanche.

68) DREES, Études et résultats, n° 293, février 2004.

La situation du personnel dans la fonction publique territoriale est plus contrastée. Certains CCAS emploient surtout du personnel titulaire qui bénéficie d'un statut lui garantissant une progression de carrière plus avantageuse que celle des salariés de particuliers employeurs. D'autres ont recours à du personnel contractuel, dont la rémunération varie en fonction de l'activité du service. Cette instabilité entraîne une rotation rapide du personnel, préjudiciable aux personnes âgées dépendantes que rassure la stabilité des intervenants.

Les personnes intervenant au domicile des personnes âgées dépendantes doivent, dans leur ensemble, accepter un temps de travail partiel et fragmenté (levers, repas et préparation du coucher). Ces difficultés sont accentuées en période de vacances et pour les remplacements temporaires. L'enjeu pour les services d'aide à domicile est désormais de recruter puis de conserver un personnel motivé.

On estime que dans 15 % des cas, les bénéficiaires de l'APA rencontrent des difficultés pour recruter une aide à domicile⁶⁹. Dans la majorité des cas (79 %), l'aide informelle de la famille reste indispensable pour assurer le maintien à domicile.

B – Les insuffisances des aides techniques et des aides à l'amélioration de l'habitat

Les aides techniques et l'appui à l'amélioration de l'habitat contribuent aussi au maintien à domicile d'une personne âgée dépendante dans des conditions satisfaisantes de confort et de sécurité.

Les aides techniques regroupent essentiellement les appareillages facilitant la mobilité, les aides auditives, les dispositifs de télésurveillance et les protections d'hygiène. Elles sont finançables, les unes par l'APA, les autres, majoritaires, par les caisses d'assurance maladie. Les aides à l'amélioration de l'habitat concernent les aménagements durables apportés à un logement afin de faciliter l'accomplissement des tâches quotidiennes et d'améliorer la qualité de vie. Ces améliorations peuvent être financées dans le cadre de l'APA et par les caisses de retraite ou l'Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat⁷⁰.

69) DREES, Études et résultats n° 371, janvier 2005.

70) Cf. chapitre préliminaire, III B 4.

L'enquête HID fait ressortir que 85 % des personnes de plus de 60 ans vivant à leur domicile évaluées en GIR 1 à 4 ont recours à des aides techniques, et en premier lieu aux aides à la mobilité⁷¹. Les besoins n'apparaissent cependant satisfaits que dans 60 % des cas. La couverture des besoins en aménagements du logement et en téléalarme est particulièrement faible. D'après l'enquête de la DREES sur les SSIAD, 30 % des bénéficiaires de ces services en 2002 vivaient dans un habitat non adapté.

La mise en place de l'APA n'a contribué que faiblement à la solvabilisation de la demande sur ce point : l'adaptation du logement au handicap n'a bénéficié qu'à 1 % des allocataires. Au total, le financement des aides techniques et des améliorations de l'habitat correspond à 8 % du plan d'aide moyen, ce qui paraît modeste au regard des difficultés vécues par les personnes dépendantes, alors même que cette rubrique est très hétérogène.

De plus, les aides disponibles en matière d'amélioration du logement, pourtant essentielles pour prévenir les chutes et préserver l'autonomie des personnes, sont mal coordonnées, en l'absence d'un acteur chef de file. Certes, une convention de partenariat a été signée le 26 février 2001 entre la DGAS et la direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction (DGHUC). Cette convention a donné lieu à la réalisation d'une étude sur le volet habitat des « centres locaux d'information et de coordination » (CLIC) et des « sites pour la vie autonome » (SVA), financée conjointement par la DGHUC, la DGAS et la CNAVTS. En dehors d'une présentation des premiers résultats de cette étude au cours du premier trimestre 2004 à des gestionnaires locaux et aux organisations nationales, les effets de cette convention sont peu perceptibles et les administrations concernées ne peuvent faire état, à ce jour, de résultats dans ce domaine. La DGAS a indiqué en mai 2005 que le partenariat avec l'ANAH et la DGHUC venait de déboucher sur la publication d'un guide destiné à une diffusion massive et intitulé « Vieillir et bien vivre chez soi : pour la réalisation des travaux d'amélioration et d'adaptation du logement ».

Le cas du CLIC expérimental de la Côte-d'Or montre cependant que le département est l'acteur le mieux placé pour coordonner les projets.

71) « Enquête sur les aides techniques et les aménagements du logement : usages et besoins des personnes âgées vivant à domicile », DREES, Études et résultats n° 262, septembre 2003.

**Le dispositif d'adaptation personnalisée de l'habitat en Côte-d'Or
« APH 21 »**

Pour pallier les difficultés et les insuffisances des procédures actuelles en matière d'adaptation du logement à la dépendance, le Département de la Côte-d'Or et plusieurs caisses de retraite (notamment la caisse régionale d'assurance maladie, la Mutualité sociale agricole et la caisse ORGANIC) ont créé en 2000 un dispositif commun d'aide à l'adaptation de l'habitat. Un guichet unique « habitat », situé dans les locaux du Conseil général à Dijon, reçoit et gère les dossiers de demande.

Ce dispositif repose sur trois éléments : un cahier des charges qui fixe un plafond commun de ressources pour bénéficier d'un financement, un barème permettant d'uniformiser la prise en charge financière quel que soit le régime de retraite, enfin, une nomenclature des aides techniques, qui semble avoir été élaborée pour la première fois. Pour compenser les inégalités de prise en charge entre les différentes caisses de retraite, le département verse aux assurés sociaux une participation complémentaire en s'alignant sur le barème le plus favorable.

La commission technique Habitat, organe de décision, rassemble les financeurs du dispositif dont l'ANAH est un partenaire essentiel. Le département et la CRAM financent également les interventions des deux opérateurs extérieurs (ergothérapeutes pour l'évaluation des besoins et CDAH-PACT⁷² pour le suivi des travaux). Le Département assure en outre le fonctionnement administratif du « guichet unique ».

Le dossier et le barème communs apportent simplification et harmonisation et la subvention complémentaire du Département assure une égalité de traitement. L'examen conjoint des demandes de subvention permet d'assurer la cohérence des aides et des interventions de chacun. Enfin, l'avance du coût des travaux est un élément de sécurité financière pour l'entreprise chargée des travaux.

Toutefois, l'absence de lien avec les autres CLIC du département constitue une limite du dispositif. Celui-ci ne règle pas non plus la question des travaux à réaliser en urgence, en cas notamment de retour au domicile après hospitalisation.

La Cour estime que l'adaptation du logement aux conditions de la dépendance, si elle n'a pas déjà eu lieu dans le cadre des procédures de droit commun de l'ANAH ou de l'action des caisses de retraite pour leurs ressortissants les moins dépendants (GIR 5 et 6), doit être impérativement prise en compte au moment de l'établissement du plan d'aide conditionnant l'octroi de l'APA. C'est, en effet, à ce stade que les actions

72) Centre départemental d'amélioration de l'habitat – Protection, amélioration, conservation, transformation de l'habitat.

conjointes sont le mieux à même de s'exercer sous l'égide du département et en liaison étroite avec les CLIC ou d'autres structures de coordination gérontologique. La présence systématique d'un volet logement dans le plan d'aide, élaboré, le cas échéant, avec les conseils d'ergothérapeutes assistant les équipes médico-sociales et en liaison avec l'ANAH, peut permettre de progresser utilement dans cette voie.

C – L'inadaptation de la prise en charge sanitaire

1 – Une insuffisance globale de moyens de prise en charge sanitaire à domicile

a) L'hospitalisation à domicile (HAD)

L'hospitalisation à domicile a vu son existence consacrée par la loi hospitalière du 31 juillet 1991. En 2003, une réforme réglementaire a conforté ce mode d'intervention. Il n'est ainsi plus nécessaire de fermer des lits d'hospitalisation complète pour créer des places d'HAD.

Toutefois, l'offre reste très limitée (4 000 places au total en 2004) et très hétérogène d'un département à l'autre. Le ministre a annoncé en mars 2004 un projet de création de places qui porterait la capacité totale à 8 000 en 2005.

b) Les places en services de soins infirmiers à domicile

La capacité des SSIAD a augmenté depuis 20 ans.

Evolution du nombre de places de SSIAD depuis 1986

	1986	1991	1996	2001	2004
Nombre de places autorisées	28 228	43 964 (+ 55 %)	56 650 (+ 28 %)	68 068 (+ 20 %)	88 931 (+ 30 %)
Nombre de services *	780	1 199	1 547	1 600	1 700
Nombre de places par service	36,2	36,7	36,6	42,5	52,3
Taux d'équipement **	ND	ND	14,6	15,3	18,7

* Approximation : en 2001 et 2004, la DGAS et la DHOS ne connaissent que le nombre de places et pas le nombre de services.

** Nombre de places pour 1 000 habitants de plus de 75 ans.

Source : DGAS

Il existe toutefois de forts écarts entre les places autorisées (88 931 fin 2004) et celles qui sont effectivement financées⁷³ (82 842 fin 2004). Ainsi, par exemple, 1 017 places sont autorisées dans le département de l'Aisne, mais 15 % d'entre elles ne sont pas financées.

En dépit des efforts financiers déployés et de l'augmentation continue du taux d'équipement, l'offre reste inférieure aux besoins. On dénombre en moyenne une place de SSIAD pour 6 personnes âgées dépendantes vivant à domicile. La quasi-totalité des SSIAD est contrainte de refuser des prises en charge. La situation est particulièrement critique en Ile-de-France : une étude réalisée par la Fondation de France en octobre 2001 estimait que les trois quarts des demandes de prise en charge étaient refusées, deux fois sur trois par manque de places.

Cette situation a plusieurs conséquences : un transfert de la prise en charge vers le secteur infirmier libéral ou vers une aide à domicile, une hospitalisation ou une entrée en établissement plus précoce, faute de pouvoir assurer un maintien à domicile dans des conditions de sécurité satisfaisantes. Il est à craindre que la création de 17 000 places supplémentaires d'ici 2007, prévue par le plan « vieillissement et solidarité » de novembre 2003, se révèle insuffisante. Néanmoins, en l'absence de taux d'équipement cible et de recensement des demandes refusées, les administrations concernées ne sont pas en mesure de chiffrer le besoin en places nouvelles⁷⁴.

Face à la rareté des dispositifs d'hospitalisation à domicile, les SSIAD sont appelés à prendre en charge des cas de dépendance lourde.

Les patients des SSIAD sont le plus souvent très dépendants : 96 % d'entre eux sont classés en GIR 1 à 4, dont 25 % confinés au lit ou au fauteuil. 45 % souffrent d'une déficience psychique. La plupart des services rencontrés font état de la lourdeur croissante des prises en charge dont le coût dépasse les enveloppes financières qui leur sont accordées. L'état physique de la personne âgée lourdement dépendante nécessite, en effet, de plus en plus souvent l'intervention concomitante d'au moins deux personnes.

73) Cette situation résulte de l'application de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales qui autorisait la création de places sans que le financement correspondant soit disponible. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a mis fin à cette situation en disposant que l'autorisation n'est accordée que si les financements correspondants sont disponibles.

74) Un indicateur relatif aux refus de prise en charge devrait être intégré aux rapports annuels d'activité des SSIAD au 1^{er} semestre 2005.

c) L'offre en infirmiers libéraux

On dénombre en 2003 54 000 infirmiers libéraux. Ce nombre est en progression constante : entre 1999 et 2003, le « potentiel de travail » des infirmiers libéraux (c'est-à-dire les effectifs pondérés par l'évolution du temps travaillé) a connu une progression annuelle de 1,3 %. Le temps de travail hebdomadaire des infirmiers libéraux est passé de 47 heures hebdomadaires en 1993 à 50 heures en 2002. Les quotas de formation augmentent depuis plusieurs années : de 18 000 en moyenne en 1993, ils sont aujourd'hui de 30 000 élèves formés par an en moyenne. Si des départs importants à la retraite sont à prévoir dans les années à venir, ils seront plus que compensés par les flux d'entrée si le quota de formation actuel⁷⁵ est maintenu.

On estime que 70 % de la clientèle de ces infirmiers est âgée de plus de 70 ans. Cependant, il est difficile d'évaluer l'adéquation quantitative de cette offre au regard des besoins. Les infirmiers libéraux apportent deux types de soins : les soins de « nursing », cotés en AIS (acte infirmier de soins), qui représentent les deux tiers de leur activité, et les actes techniques (injection, chimiothérapie par exemple), cotés en AMI (acte médical infirmier), qui en constituent un tiers. Or des travaux de la CNAMTS montrent que ces deux types d'activité obéissent à des logiques différentes : le niveau moyen de consommation d'actes techniques (AMI) est très corrélé à la proportion de personnes âgées du département mais relativement indépendant de la densité de professionnels ; l'inverse s'observe pour la consommation de soins de « nursing », qui dépend surtout de la densité d'infirmiers. Tout se passe donc comme si l'on avait un effet de demande pour les actes techniques et un effet d'offre pour les soins de « nursing ».

Cette variation des niveaux de consommation en fonction de la densité de professionnels rend difficile la détermination du bon niveau d'offre : il peut y avoir des départements où l'offre est insuffisante et où la consommation actuelle ne couvre pas la demande des personnes ayant besoin de soins, et à l'inverse des zones médicalisées à l'excès avec des activités peu efficaces qui pourraient être prises en charge par du personnel non soignant. Il semble donc nécessaire d'approfondir l'évaluation des besoins en matière d'offre libérale de soins.

75) Rapport annuel de l'observatoire national des professions de santé, tome 3, 2004.

2 – Un maillage inégal du territoire national

Il n'existe pas de corrélation entre la densité d'infirmiers libéraux et le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans⁷⁶. Les densités d'infirmiers libéraux pour 1 000 personnes âgées de 70 ans et plus font apparaître que le Sud de la France est mieux doté que le Nord⁷⁷.

En matière de SSIAD, les taux d'équipement sont également hétérogènes d'une région à l'autre. Pour une moyenne nationale d'environ 17 places pour mille habitants de plus de 75 ans, ils variaient en 2003 de 14,4 places en Corse à 21,4 places dans le Limousin, en dépit d'une programmation qui vise à combler les écarts.

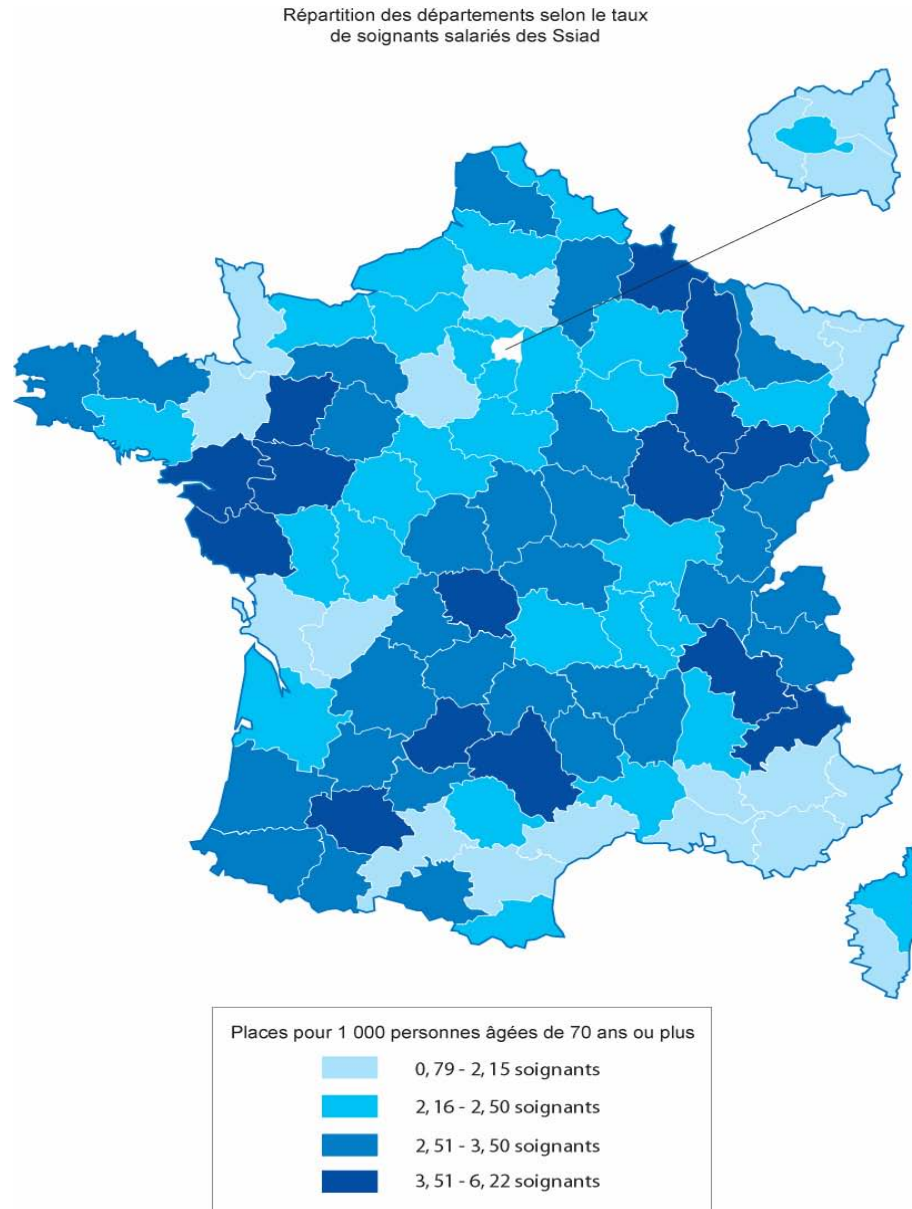
La répartition des places nouvelles de SSIAD entre régions est, en effet, réalisée à concurrence de 60 % en fonction du taux d'équipement régional en SSIAD, et pour 40 % en fonction de l'importance de la population âgée d'au moins 75 ans⁷⁸. Or, malgré quelques tentatives locales d'affinement, ces critères ne prennent qu'imparfaitement en compte certaines données déterminantes pour définir les besoins, comme le maillage de la zone en professions de santé (plus particulièrement l'implantation des infirmiers libéraux⁷⁹) et en établissements sanitaires, ou l'étendue du champ d'intervention du SSIAD, qui a des répercussions sur la durée des déplacements et la charge de travail du personnel soignant. Il faut relever que les critères de répartition des places nouvelles ont été partiellement ajustés en 2005 pour prendre en compte l'équipement en EHPAD.

76) « L'activité des infirmières libérales », Études et statistiques n° 52, CNAMTS, novembre 2001.

77) DREES, Études et résultats n° 350, novembre 2004.

78) Circulaire du 10 avril 2002 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2002 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

79) Les travaux de la DREES déjà mentionnés montrent que la corrélation entre les deux est très faible, l'implantation des uns dans un département n'étant que très faiblement liée à la présence ou à l'absence des autres.



source : enquête Ssiad, 2002, Drees

3 – Des difficultés de recrutement de personnel soignant

Comme le secteur médico-social (voir supra), le secteur de la santé rencontre de grandes difficultés de recrutement : dans le secteur privé, elles touchent en 2001 85 % des établissements (pour une moyenne de 67 % sur l'ensemble des secteurs d'activité). C'est également un secteur où la fréquence des emplois vacants est très forte (64 % des employeurs du secteur déclarent avoir des postes vacants qu'ils cherchent à pourvoir, contre 29 % pour l'ensemble des employeurs)⁸⁰.

Selon l'enquête annuelle « besoins de main-d'œuvre » du CREDOC et de l'Unédic, la profession d'infirmier est parmi les métiers les plus touchés par les difficultés de recrutement : 83 % des recrutements sont jugés difficiles en 2004.

Les accords de réduction du temps de travail dont ont bénéficié les personnels soignants salariés ont, mécaniquement, créé un besoin en personnel. On peut estimer le nombre de postes d'infirmiers qui ont été créés pour compenser cette réduction du temps travaillé à 26 000, c'est-à-dire l'équivalent d'une promotion annuelle d'élèves infirmiers. La compensation n'a donc été que partielle (augmentation des effectifs de 6 % pour une réduction du temps de travail de 10 %).

Les difficultés se situent tout particulièrement dans le secteur des soins à domicile, du fait notamment de la faible attractivité des conditions de travail, alliant un relatif isolement des intervenants à un morcellement des horaires de travail. Dans la situation de pénurie actuelle, la concurrence s'exerce en faveur des services à forte technicité (notamment dans les hôpitaux) au détriment du secteur médico-social ou des SSIAD qui souffrent d'une pénurie de soignants particulièrement aiguë. Ainsi, les trois quarts des SSIAD ne disposent que d'un seul infirmier, l'infirmier coordinateur dont près de 90 % du temps est consacré à des tâches de coordination ; 80 % des interventions des SSIAD reposent donc sur des aides-soignants⁸¹.

80) « Les difficultés de recrutements à l'été 2001 », Premières Synthèses, n° 23-2, juin 2002.

81) DREES, Études et résultats n° 350, novembre 2004.

La pénurie des infirmiers salariés travaillant pour les SSIAD est partiellement compensée par le recours à du personnel travaillant sous statut libéral, financé dans le cadre du forfait journalier accordé au SSIAD. 13 % des interventions à domicile sont ainsi le fait d'intervenants libéraux ayant passé convention avec le SSIAD, essentiellement des infirmiers.

La pénurie des aides soignants est plus difficile à gérer. Ces derniers ne sont, en effet, pas autorisés à exercer leur activité dans un cadre libéral. En outre, le coût de leur formation, évalué à environ 3 000 € reste le plus souvent à leur charge. Il s'agit, de plus, d'une formation longue qui ne peut se décomposer en modules, ce qui la rend incompatible avec la poursuite parallèle d'une activité professionnelle.

On notera néanmoins que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) installée en mai 2005 est chargée de contribuer au financement de la formation des personnels soignants recrutés dans le cadre des mesures nouvelles de médicalisation des établissements et des services pour les personnes âgées dépendantes. Par ailleurs, le diplôme d'aide soignant est à partir de 2005 accessible par la voie de la validation des acquis de l'expérience (VAE).

D – Le manque de soutien à l'entourage

L'entourage familial rend possible le maintien à domicile de personnes très dépendantes et participe au dispositif d'aide mis en place dans 79 % des cas, en facilitant la coordination des différentes interventions professionnelles.

1 – Un soutien aux aidants avec l'APA

La mise en place de l'APA a soulagé l'entourage d'une partie des conséquences financières de la prise en charge d'un parent dépendant. Cette allocation permet également de financer l'intervention d'un proche pour aider la personne dépendante⁸². C'est le cas pour 8 % des bénéficiaires de l'APA.

82) Des heures d'aide à domicile peuvent être assurées par une personne de l'entourage familial ou amical (à l'exception du conjoint et du concubin).

Par ailleurs, tout salarié peut bénéficier d'un « congé de solidarité familiale », non rémunéré, de trois mois maximum, pour assister un proche en fin de vie. A l'occasion de la mise en place de l'APA, la DGAS avait proposé la création d'un complément d'APA pour indemniser un proche s'arrêtant de travailler ; cette proposition n'a pas été retenue.

Des initiatives locales existent, comme « l'allocation de maintien d'un parent âgé à domicile » mise en place par le département de Paris.

Une assistance psychologique est parfois proposée aux familles fragilisées par la dépendance d'un proche ; c'est ainsi que le CLIC de Loudéac (Côtes-d'Armor) organise des groupes de parole dans lesquels elles peuvent exprimer leurs difficultés et trouver un soutien.

Au-delà des exemples d'initiatives ou de bonnes pratiques rencontrées au niveau local, beaucoup reste à faire en France dans ce domaine de l'aide aux aidants. Les exemples étrangers⁸³ peuvent de ce point de vue fournir d'utiles pistes de réflexion et d'action pour les pouvoirs publics, qui sont développées dans la 3^{ème} partie du rapport (chapitre IX, II).

2 – Un insuffisant développement des dispositifs d'accueil temporaire

L'accueil temporaire concerne des structures relevant de la loi du 30 juin 1975 - désormais de la loi du 2 janvier 2002 - destinées à recevoir des personnes handicapées et des personnes âgées « ayant besoin d'un simple soutien temporaire »⁸⁴. Il s'entend comme « un accueil organisé pour une durée limitée, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour ». Ces unités d'accueil sont de douze places au maximum.

Ce type de prise en charge peut être financé par l'APA pour la partie « accueil »⁸⁵ et par l'assurance maladie pour les soins. La CNAVTS a, par ailleurs, mis en place une prestation expérimentale pour l'hébergement temporaire.

Ces dispositifs « relais », qui permettent aux familles de se reposer et de prévenir les situations d'enfermement, d'isolement et d'épuisement, notamment dans la prise en charge de personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer, restent toutefois peu développés en France.

83) « Long term care for older people », OCDE, 2005.

84) Le décret n° 2004-231 du 17 mars 2004 précise la définition et l'organisation de l'accueil temporaire en application des articles L. 312-1 et L. 314-8 du CASF.

85) Décret n° 2001-1086 du 20 novembre 2001.

Les places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire sont mal identifiées. Les remontées d'information des DDASS en la matière ne sont, en effet, pas fiables, une confusion persistant entre places autorisées et places effectivement financées et créées. Le dernier recensement exhaustif date de 2000. Les schémas gérontologiques départementaux n'évaluent pas toujours précisément le nombre de ces places.

En 2002, la ministre de l'emploi et de la solidarité a lancé un programme d'action sur quatre ans (2002-2005) pour la prise en charge des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées⁸⁶. Au nombre des mesures annoncées figurait la création de 7 000 places supplémentaires d'accueil de jour et de 3 000 places d'hébergement temporaire, financées par l'assurance maladie sur la base d'un forfait journalier⁸⁷. Ces financements étaient subordonnés, pour les EHPA, à la signature d'une convention tripartite et, pour les établissements autonomes de moins de 25 places et d'un GIR moyen pondéré (GMP)⁸⁸ supérieur à 300, à la publication d'un décret précisant le mode de tarification⁸⁹.

Ce programme a été mal exécuté : entre le 1^{er} janvier 2002 et le 31 décembre 2003 ont été créées seulement 1 822 places d'accueil de jour et 556 places d'hébergement temporaire, alors que les financements étaient disponibles pour 3 500 et 1 500 places respectivement.

Ce résultat s'explique notamment par le retard pris dans la publication du décret relatif à la médicalisation et à la tarification des soins dans les petites unités de vie et les accueils de jour autonomes, qui ouvre aux établissements le choix entre un forfait soins finançant le personnel soignant salarié et le recours à des SSIAD⁹⁰. De plus, la priorité en termes de financements a été donnée à l'hébergement permanent. Les établissements sont peu incités à développer les places d'accueil temporaire, moins rentables que l'hébergement permanent du fait de la variabilité de la demande, très forte au moment des vacances mais plus faible le reste de l'année. Enfin, le transport du domicile à la structure d'accueil soulève aussi des difficultés pour les familles, qui ne peuvent être surmontées qu'avec l'aide des collectivités territoriales pour ne pas trop grever les plans d'APA.

86) Circulaire n° 2002-222 du 16 avril 2002.

87) Les charges liées à la dépendance sont supportées par l'établissement et l'utilisateur.

88) Le GIR moyen pondéré d'un établissement est la somme des points GIR affectés à chaque résident divisée par le nombre de résidents.

89) Article 4-II de la loi du 20 juillet 2001 (art. L. 312-8 du CASF).

90) Décret n° 2005-118 du 10 février 2005.

Le service statistique du ministère de l'emploi et de la solidarité recensait au 1^{er} janvier 2000 7 917 places d'accueil temporaire, médicalisées ou non. Le plan « vieillissement et solidarité » du 6 novembre 2003 comprend un volet qui se substitue au précédent programme d'action et qui prévoit l'ouverture de 8 500 places médicalisées supplémentaires d'accueil de jour et de 4 500 places d'hébergement temporaire médicalisées supplémentaires sur la période 2004-2007.

Un suivi précis par les administrations des réalisations de ce plan est indispensable dans une politique de maintien à domicile qui s'appuie au premier chef sur les aidants naturels que sont les proches.

III - Une politique de modernisation difficile

La détérioration de la situation de l'emploi, touchant en particulier des populations en difficulté, a conduit et conduit encore les pouvoirs publics à promouvoir des approches qui privilégient le développement de l'emploi non qualifié dans le secteur de l'aide à domicile.

Toutefois, l'évolution et la diversité des besoins suscités par la dépendance requièrent de plus en plus des interventions de personnes qualifiées. La professionnalisation des intervenants devient donc également un objectif de l'action publique.

Les pouvoirs publics n'ont pas véritablement tranché entre ces objectifs contradictoires.

A – Une professionnalisation des intervenants récente et encore insuffisante

Un contrat dans le secteur de l'aide à domicile constitue souvent le point d'entrée sur le marché du travail pour des personnes sans qualification initiale. En 1999, la proportion des titulaires du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD), diplôme de niveau 5, était de 9 % au sein des structures associatives et de 11 % dans les CCAS ; 48 % des aides à domicile n'avaient aucune formation.

1 – Une offre de formation peu lisible et inégale

Une qualification préalable n'étant pas exigée, la formation initiale dans le secteur est peu développée et la qualification relève essentiellement des branches professionnelles et de la formation continue.

Le principal diplôme est désormais le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS)⁹¹, qui atteste des compétences « pour effectuer un accompagnement social et un soutien auprès des publics fragilisés, dans leur vie quotidienne ». Ce diplôme comporte un certain nombre d'avancées par rapport au CAFAD : la définition d'un référentiel métier, une formation - initiale ou continue - plus riche⁹² et organisée en modules, ce qui en facilite l'accès pour les personnes déjà en poste. C'est de plus le premier diplôme des professions sociales ouvert à la validation des acquis de l'expérience (VAE). Il s'agit d'une avancée fondamentale dans un domaine où l'expérience est aussi importante, voire plus, qu'une formation théorique.

Les DRASS interrogées au cours de l'enquête soulignent toutefois la complexité de l'organisation du contrôle des connaissances qu'elles ont dû assumer à moyens constants. La qualité des validations comporte par ailleurs actuellement deux points faibles : l'hétérogénéité des taux de réussite suivant les régions⁹³ et une absence de mise en situation réelle lors de l'examen.

Malgré la création du DEAVS et celle du certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale⁹⁴, l'offre de qualification reste peu lisible, dans la mesure où elle se compose de plusieurs diplômes aux finalités proches mais relevant de ministères différents⁹⁵.

Une difficulté essentielle tient au fait que le secteur relève de deux branches professionnelles différentes : la branche de l'aide à domicile et celle des particuliers employeurs. Chacune s'est dotée d'une ou plusieurs conventions collectives et il existe deux dispositifs de financement de

91) Décret n° 2002-410 du 26 mars 2002.

92) Le CAFAD reposait sur une formation théorique de 250 heures et des stages pratiques de 120 heures. L'obtention du DEAVS exige 500 heures de formation et 560 heures de stage.

93) Il est, en 2003, de 36,6 % dans le Rhône de 19,5 % en Limousin, de 39,5 % en Midi-Pyrénées, de 95 % en Corse.

94) Décret n° 2004-289 du 25 mars 2004.

95) Le détail de ces formations est présenté en annexe 5.

formation différents pour des métiers similaires. Ainsi, deux organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) interviennent dans le secteur de l'aide à domicile : AGEFOS PME pour les particuliers employeurs et UNIFORMATION, qui regroupe les associations d'aide à domicile.

Cette dualité soulève la question de la convention applicable pour les personnes alternant les postes en gré à gré et le travail au sein d'une association. Elle entraîne en outre un inégal accès à la formation : alors que la qualification des salariés des associations entre dans le cadre de plans de formation préalablement définis, la formation des salariés des particuliers employeurs est difficile à organiser.

2 – Des initiatives dispersées et mal évaluées

L'essentiel de la formation dans le secteur relève des branches professionnelles ; l'Etat peut néanmoins intervenir en cofinçant avec les branches et les collectivités des « contrats d'études prospectives » et des engagements de développement de la formation.

Un contrat d'études prospectives, réalisé en 1998, recommandait l'organisation d'une filière professionnelle commune entre les branches de l'aide à domicile et des particuliers employeurs. Cette recommandation s'est heurtée aux réticences des deux branches. Comme l'étude n'a pas été actualisée depuis 1998, le secteur ne dispose pas d'un outil d'évaluation à jour qui prendrait en compte les effets de l'APA.

La négociation des engagements de développement de la formation professionnelle (EDDF) relève du niveau régional⁹⁶. 18 EDDF ont ainsi été signés dans la branche de l'aide à domicile pour un engagement financier global de l'Etat de 2 M€ en 2003 et une programmation à hauteur de 4,6 M€ pour 2004. Ils ont notamment permis de soutenir la montée en charge de la VAE. S'agissant de la branche des particuliers employeurs, on relevait en 2003 dix EDDF régionaux.

Créé par la loi du 20 juillet 2001 sur l'APA, le Fonds de modernisation de l'aide à domicile (FMAD) peut être mobilisé pour renforcer la professionnalisation des intervenants. Il ne finance, à ce titre, que des formations en cours d'emploi conduisant à des certifications reconnues au niveau national. Il participe à la prise en charge des frais pédagogiques et des coûts de remplacement. Ses financements sont accessibles au personnel mandataire ou prestataire d'un service agréé. Ils

96) Les négociations sont menées au sein des directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

peuvent également, depuis 2004⁹⁷, bénéficier aux salariés d'employeurs particuliers, ainsi qu'au personnel des SSIAD et des EHPAD : de 0,11 M€ en 2002 (expérimentation de la VAE dans 7 régions), ils sont passés à 4,1 M€ en 2003 et 7,4 M€ en 2004. 22 M€ doivent être consacrés en 2005 à la professionnalisation des intervenants auprès des personnes âgées.

Le FMAD a contribué à la prise en charge de frais pédagogiques dans un certain nombre d'actions régionales de professionnalisation (EDDF) en coordination avec les OPCA (20 régions et 9 442 salariés concernés en 2004). La participation du FMAD s'établit à 785 € par stagiaire formé sur un coût moyen de 2 330 €

De nombreuses collectivités territoriales financent également la formation. On peut citer la signature, en 2002, d'une charte régionale des aides à domicile en Bretagne, associant l'État, la région, les départements, les organismes paritaires collecteurs agréés et des organismes de formation. Son objectif est d'atteindre, dans les cinq ans, une proportion de 50 % de titulaires du DEAVS dans les services d'aide à domicile prestataires.

Les collectivités territoriales interviennent également pour leur propre personnel. La majorité des agents titulaires employés par les CCAS et intervenant dans l'aide à domicile relèvent du cadre d'emploi des agents sociaux de catégorie C. Ils peuvent prétendre aux formations qualifiantes du DEAVS à condition qu'elles soient programmées par le Centre national de la fonction publique territoriale. L'UNCCAS a signé une convention avec celui-ci le 14 avril 2004 pour que l'offre de formation du Centre intègre ces nouveaux besoins. Mais l'obtention du DEAVS par un agent public n'a pas d'effet immédiat sur sa rémunération.

La Cour regrette le faible développement d'outils de pilotage et d'évaluation de ces opérations cofinancées par l'Etat au niveau régional qui mobilisent aussi d'autres financements publics (Fonds social européen) ou privés (plans de formation des entreprises, congé individuel de formation, alternance). Elle a constaté qu'en juin 2005 la direction générale de l'action sociale ne disposait pas de système de remontée d'information régulière et automatique concernant les DEAVS délivrés et devait attendre les résultats de l'enquête de la DREES sur les écoles de formation des professions sociales.

97) Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004.

B – Une politique privilégiant le développement de l’emploi plutôt que la qualification

1 – Des mesures incitatives

Les pouvoirs publics ont cherché à favoriser le développement de l’emploi dans le secteur de l’aide à domicile par différentes mesures :

- le secteur a été ouvert aux entreprises privées⁹⁸,
- des circulaires ont cherché à promouvoir la coopération des services déconcentrés de l’Etat, de l’Unédic et de l’ANPE pour orienter les demandeurs d’emploi vers le secteur⁹⁹ ;
- enfin, deux plans de développement de l’emploi ont été lancés : le plan de développement des services à la personne présenté le 16 février 2005 et le plan en faveur des métiers auprès des personnes très âgées présenté le 7 mars 2005. Le plan du 16 février a débouché sur la création d’une agence nationale chargée de la promotion et du suivi de cette activité.

2 – La revalorisation contractuelle des métiers

Par un accord paritaire du 29 mars 2002, les six grandes associations de l’aide à domicile¹⁰⁰ ont procédé à une classification et à une revalorisation des différents métiers du secteur.

L’accord unifie les grilles de rémunération de différentes conventions collectives dans la perspective d’une convention collective unique. La grille conventionnelle dépasse le SMIC et se rapproche de celle pratiquée dans le secteur sanitaire. Les aides à domicile non diplômées voient leurs rémunérations revalorisées de 15 %, les aides titulaires du DEAVS de 42 %, les aides-soignants de 14 % et les infirmiers de 9 %. L’accord, qui a pris effet au 1^{er} juillet 2003, s’impose aux autorités compétentes en matière de tarification des services d’aide à domicile¹⁰¹.

98) Loi n° 96-63 du 29 janvier 1996 en faveur du développement des emplois de services aux particuliers qui permet aux entreprises d’être agréées.

99) Circulaire du 6 août 1996 sur le développement des emplois de services aux particuliers ; circulaire du 19 février 2002 relative au développement de l’emploi dans le secteur de l’aide à domicile.

100) ADESSA, FNAAFP/CSF, FNAID, ADMR, UNASSAD, UNACSSS.

101) Article L. 314-6 du code de l’action sociale et des familles.

a) Un problème de financement public

Cette revalorisation a coûté 62 M€ en 2003 puis 89 M€ en 2004 ; elle entraîne encore une augmentation évaluée à 55 M€ en 2005 et 31 M€ en 2006, soit une augmentation totale de 237 M€ représentant 25,7 % de la masse salariale avant l'accord (920 M€). Les départements supportent 63 % du surcoût, la CNAVTS, 22,5 %, la CNAF 9 % et la CNAMTS 5,5 %.

Pour limiter ces conséquences financières, l'agrément de l'accord a été assorti d'une exigence de modération salariale pour 2003, 2004 et 2005 par rapport à l'évolution du point dans l'ensemble du secteur social et médico-social¹⁰². Ainsi, l'augmentation pour les métiers de la branche de l'aide à domicile doit être de deux points inférieure à celle intervenant dans le secteur médico-social. La revalorisation du point dans le secteur social et médico-social ayant été nulle en 2003 et de 0,5 % en 2004¹⁰³, l'évolution de la valeur du point dans la branche a été gelée. Elle pourrait l'être à nouveau en 2005.

Dans ces conditions, le salaire minimum de la branche reste, après l'augmentation du SMIC au 1^{er} juillet 2004, inférieur aux garanties mensuelles de rémunération, situation que l'accord avait pour but de faire disparaître.

b) Une concurrence entre les différentes modalités d'offre

La hausse des coûts salariaux peut conduire soit à diminuer l'aide apportée à la personne âgée dépendante, l'heure d'intervention en mode prestataire étant facturée plus cher, soit à favoriser le développement de l'emploi direct.

102) Lettre du ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité aux associations, 24 janvier 2003.

103) Lettre du 10 décembre 2004 du directeur adjoint du cabinet du Premier ministre au directeur de cabinet du Secrétaire d'Etat aux personnes âgées.

En effet, les coûts de revient des trois modes d'intervention sont inégaux, la branche des particuliers employeurs appliquant une convention collective différente de celle de la branche des salariés de l'aide à domicile. Le niveau de qualification est également différent : 13 % de personnel qualifié dans les services prestataires, 6 % dans les services mandataires¹⁰⁴. Dès lors, les efforts faits pour élever la qualification des salariés des services prestataires et revaloriser leur métier peuvent provoquer un report des demandes d'aide sur des intervenants moins formés mais moins coûteux.

Impact de l'accord salarial sur le coût de 40 heures d'aide selon le mode d'intervention (2003)

(Euros)

Mode	Coût de 40 heures d'aide à domicile (euros)		Heures d'aide à domicile comprises dans le plafond du GIR 4	
	Avant accord salarial	Après accord salarial	Avant accord salarial	Après accord salarial
Prestataire	541	675	35	29
Mandataire	390	390	48	50
Gré à gré	343	343	55	57

Source : DGAS

Les deux grandes fédérations de services d'aide à domicile (UNASSAD et ADMR) relativisent toutefois ce risque : les équipes médico-sociales des départements ont, en effet, intérêt à prescrire un recours à des services prestataires dont l'activité est plus facilement contrôlable que celle d'intervenants indépendants. La direction de l'animation et de la recherche du ministère chargé de l'emploi (DARES) constate d'ailleurs une augmentation plus rapide de l'activité prestataire que celle de l'activité mandataire en 2003¹⁰⁵.

Cependant, l'interprétation doit rester prudente : les chiffres, provisoires, de 2003 ne rendent compte que partiellement des effets de l'accord salarial dont l'application se fait progressivement de 2003 à 2005. Par ailleurs, on ne dispose pas de données quantifiées sur l'activité en gré à gré consacrée aux personnes âgées.

104) « Les services d'aide à domicile », DREES, Études et résultats n° 91, novembre 2000.

105) Cf annexe 5, tableau D : bilan de l'activité selon les trois modes d'intervention.

Enfin, en dépit de ce que prévoit la loi¹⁰⁶, ce sont les personnes les plus dépendantes qui ont le plus recours à l'emploi direct.

Répartition des bénéficiaires entre différents types de services d'aide à domicile

	Type de service d'aide à domicile utilisé en novembre 2002				
	Un service prestataire	Un service mandataire	Le gré à gré	Plusieurs services	Total en %
GIR 1	44	13	29	14	100
GIR 2	47	19	25	9	100
GIR 3	53	16	23	8	100
GIR 4	63	15	19	3	100
Ensemble	55	16	22	7	100

Source : enquête de la DREES auprès des bénéficiaires de l'APA. Études et résultats n° 293, février 2004

3 – L'impact sur le développement de l'emploi

La DGAS et la DGEFP n'ont pas évalué les résultats de la politique de promotion de l'emploi dans le secteur. La DGAS ne dispose que de données parcellaires sur quelques départements¹⁰⁷. Les fédérations ne disposent pas non plus des outils nécessaires à un suivi de leurs effectifs sur plusieurs années.

Les seules données nationales disponibles concernent les emplois familiaux (qui bénéficient à tous les publics) suivis par la DARES. Sur l'ensemble des emplois familiaux, il apparaît que les particuliers employeurs utilisaient 791 742 salariés en 2003 pour 493 270 000 heures d'intervention. Le nombre de salariés de particuliers employeurs a augmenté de 5 % entre 1997 et 2000 et de 6 % entre 2000 et 2003. L'augmentation des effectifs est plus nette concernant les salariés de services prestataires (+ 44 % entre 1997 et 2000 et + 11 % entre 2000 et 2003). En 2004, les effectifs des organismes agréés intervenant en mode "prestataire" pour tous publics confondus sont de 184 000 personnes¹⁰⁸.

106) En application de l'article L. 232-6 du CASF, l'article 18 du décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001 prévoit une majoration de 10 % de la participation du bénéficiaire en cas de recours à une personne non qualifiée dans des situations de grande dépendance (GIR 1 et 2). Cette majoration est subordonnée à la fixation par arrêté des conditions d'expérience et de qualification de la tierce personne intervenant (arrêté non pris à ce jour).

107) Au 31 mars 2003, création de 280 emplois dans le territoire de Belfort, de 600 dans le Gers, de 750 en Haute-Vienne, de 1000 dans la Creuse.

108) Le détail de cette étude de la DARES est présenté en annexe 5, tableau D.

C – Un empilement de procédures de régulation mal coordonnées

L'offre organisée de services à domicile repose essentiellement sur des initiatives associatives. Sa répartition géographique résulte donc moins d'une logique de couverture rationnelle du territoire que de la dynamique de chaque réseau associatif.

Les premiers outils mis en place (agrément préfectoraux notamment) n'avaient permis qu'une régulation limitée de l'offre et de sa qualité. La loi du 2 janvier 2002 a favorisé la définition de procédures plus contraignantes, mais elles restent trop complexes.

1 – Les procédures de régulation de l'offre

La loi du 2 janvier 2002 change l'état du droit en imposant aux services prestataires d'être autorisés par l'autorité de tarification, le président du conseil général pour les services d'aide à domicile. Les critères d'autorisation sont, notamment, la compatibilité du projet avec les objectifs du schéma d'organisation sociale et médico-sociale et ses coûts de fonctionnement. Toutefois, cette nouvelle procédure, qui ne concerne pas les services mandataires, ne contribue pas à simplifier une réglementation encore trop complexe.

Trois types de procédures subsistent¹⁰⁹ dont l'intérêt au regard des nouvelles dispositions n'apparaît pas clairement :

- les procédures d'agrément par l'État (agrément simple et agrément qualité), qui ont pour objectif de contrôler et soumettre à une condition de professionnalisme des activités ouvrant droit à déduction fiscale ;
- l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, procédure gérée par le département ;
- le conventionnement par les caisses de retraite pour les services - prestataires uniquement - qui interviennent auprès de bénéficiaires de l'aide ménagère des caisses.

109) Un tableau récapitulatif est présenté en annexe 5.

Chaque acteur poursuit sa propre logique dans le choix des services. La coordination entre les différentes décisions et le partage de l'information sont difficiles. L'autorisation délivrée par le département vaut habilitation. En revanche, l'autorisation et l'habilitation ne dispensent pas de la procédure d'agrément par l'État ni du conventionnement par les caisses de retraite si l'organisme veut intervenir auprès de personnes évaluées en GIR 5 et 6.

Par ailleurs, la procédure d'agrément par l'État, dont un projet de décret prévoit la simplification, n'a pas été conçue comme un mécanisme de rationalisation de l'offre, mais comme un moyen de promouvoir l'emploi dans un cadre respectant un certain professionnalisme. Elle s'est, dans les faits, réduite à une démarche administrative, sans visite sur place, sans contrôle régulier de la qualité du service rendu, et le retrait d'agrément est exceptionnel. Elle est maintenue pour les services prestataires, en dépit de l'institution de la procédure d'autorisation, ce qui soulève de nouvelles difficultés de coordination entre le Département qui autorise les services et le Préfet qui les agréé.

La procédure commune d'agrément qualité des services d'aide à domicile dans l'Essonne

Dans ce département, la DDTEFP, la DDASS, les services du Conseil général et ceux de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAVTS) ont élaboré un dossier unique de demande et de renouvellement d'agrément, ainsi qu'une procédure commune d'instruction des demandes de renouvellement de l'agrément « qualité » des services d'aide à domicile.

Ces dernières sont présentées à une commission réunissant annuellement l'ensemble des intervenants. Les dossiers, qui comportent des rubriques détaillées sur les critères de qualité examinés, font l'objet d'un examen approfondi qui permet un échange d'informations complémentaires et d'appréciations croisées, notamment de la part des services du département et de la CNAVTS qui disposent d'équipes de terrain. Les avis rendus par la DDTEFP tiennent compte de la réalité du terrain et de la nature de l'offre locale de services. Des retraits d'agrément sont proposés pour les structures qui n'ont pas corrigé les dysfonctionnements précédemment relevés ou qui ne remplissent plus les critères essentiels de qualité.

La présentation d'un dossier commun (élaboré sur la base du dossier de conventionnement de la CNAVTS) répond à la complexité des procédures en matière d'agrément. Il permet à l'ensemble des acteurs de l'aide à domicile de disposer d'informations identiques et étendues, et d'exercer un contrôle réel. Le Département, associé à cette concertation depuis 2002, a ainsi pu préciser les orientations de sa politique en matière de cohérence de l'offre.

Enfin, on peut souligner que les personnes qui interviennent en gré à gré ne sont pour leur part soumises à aucune exigence de qualification, de formation continue ou de qualité, même lorsque leur emploi est financé partiellement par l'APA. Il y a là une faiblesse dans la politique de modernisation de l'aide à domicile.

2 – Les actions de promotion de la qualité

L'article L. 312-8 du CASF prévoit notamment que les services d'aide à domicile doivent communiquer tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation les résultats d'une évaluation de leurs activités et de la qualité de leurs prestations au regard de référentiels validés ou élaborés par un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale. Ils ont également obligation de faire procéder tous les sept ans à une évaluation de même nature par un organisme extérieur.

Cette nouvelle législation intervient dans un contexte où plusieurs actions de promotion et de contrôle de la qualité ont été mises en œuvre.

L'Agence française de normalisation -AFNOR- a notamment élaboré une norme de « service aux personnes à domicile » visant à garantir une meilleure qualité de service, à la demande des principales associations du secteur¹¹⁰ et avec le soutien ministériel. Parallèlement, la branche retraite a engagé en 1999 une démarche qualité pour l'aide ménagère aux personnes âgées¹¹¹. Elle vise, sur la base de contrôles sur place ou sur pièces, à attribuer un complément de dotation aux services répondant à certains critères de qualité¹¹². La CNAVTS a consacré 4,5 M€ à ce complément en 2003, soit 1,7 % des dépenses d'aide ménagère.

Enfin, le FMAD a joué un rôle dans la modernisation des services au-delà de sa participation, déjà évoquée, au financement d'actions de professionnalisation. Interrogées par la Cour, 16 DDASS, soit un peu moins d'un tiers de l'échantillon, mentionnent des actions cofinancées par le fonds au titre de 2003, en partenariat avec les départements, notamment des achats de logiciels de gestion informatique permettant la planification et le contrôle de l'effectivité des prestations, ou des actions innovantes, telles que des gardes de nuit itinérantes ou des « ateliers mémoire ».

110) Associations regroupées au sein du GERIAPA - Groupement d'études, de recherche et d'initiative pour l'aide aux personnes âgées-, créé en 1998.

111) Circulaire CNAVTS n° 35/99 du 4 juin 1999.

112) La grille d'évaluation est composée de six critères principaux : l'évaluation au domicile des demandeurs, l'encadrement de proximité, la continuité du service, le traitement administratif des demandes, la gestion du service et le suivi de la prestation.

La Cour a relevé que, dans cette période, le FMAD a aussi financé trois opérations ne rentrant pas dans son champ de compétence, dont le cofinancement des CLIC pour 22 M€¹¹³ et le plan de climatisation des maisons de retraite en 2004 pour 9,6 M€. Cette situation trouve son origine, sinon sa justification, dans le lent démarrage du fonds. En 2002, le FMAD a consacré seulement 2,3 M€ au financement de conventions de modernisation de l'aide à domicile, soit moins de 6 % des crédits dépensés. Il n'a réellement commencé qu'en 2003 son activité avec des conventions pluriannuelles de modernisation dans 18 départements. 53 millions de crédits ont été ouverts et 17 millions dépensés. Toutefois seuls 12,2 millions ont été affectés à la modernisation des services.

En 2004, 20 M€ ont été affectés à 457 actions départementales de modernisation favorisant notamment l'aide aux aidants et l'informatisation des services.

La Cour a constaté l'absence de réelle évaluation de la qualité des interventions effectuées, notamment au niveau départemental, pour la modernisation des services. En particulier, les initiatives de différents niveaux (régional et départemental) gagneraient à être mises en cohérence, afin d'améliorer la qualité du service rendu aux personnes âgées dépendantes qui souhaitent rester à leur domicile.

La Cour relève que l'éclatement du pilotage et du financement du secteur de l'aide et des soins à domicile entre l'État, les collectivités territoriales et la sécurité sociale en rend difficile la connaissance. Les services déconcentrés de l'État ne connaissent que les SSIAD auxquels ils allouent les forfaits. La mise en œuvre de l'APA a permis aux conseils généraux de disposer d'informations plus étendues et mieux structurées sur le secteur de l'aide à domicile. Cette connaissance reste toutefois partielle et encore peu consolidée au niveau national par la DREES, dont la dernière grande enquête sur ce thème date de 1999, et par la CNAVTS, qui ne dispose pas de remontées d'informations automatiques sur les services financés par ses crédits d'action sociale. Quant aux fédérations d'associations, elles établissent encore peu de statistiques sur l'activité de leurs adhérents. Il est donc très difficile d'apprécier les résultats des politiques mises en œuvre.

La dispersion des acteurs et des financeurs au niveau local ne favorise pas non plus une approche intégrée dans la prise en charge des besoins, qui nécessite une démarche commune des intervenants professionnels au domicile, une articulation des mesures d'aide à la

113) Cf. 3^{ème} partie, chapitre IX.

personne avec la prise en compte de son environnement humain (famille ou voisinage) et physique (aides techniques et aménagement du logement).

Enfin, la politique de promotion de l'aide à domicile est au centre de plusieurs contradictions : la promotion de la qualification peut se heurter à la volonté de donner du travail à des personnes en difficulté ; la nécessaire revalorisation des métiers s'articule mal avec des financements publics contraints ; le recours au mode prestataire permet un service mieux organisé et souvent plus qualifié mais aussi plus coûteux que le mode mandataire et le gré à gré.

L'écart de coût entre le gré à gré et le mode prestataire doit conduire à ne pas privilégier systématiquement ce dernier et à accepter le gré à gré comme une solution opportune dans le cas par exemple où la personne âgée a besoin d'une simple présence ou d'heures de ménage. De même, le coût de la qualification ne permet pas de recommander que toutes les interventions soient réalisées par des personnes qualifiées.

Le problème central est celui de la qualité des aides apportées aux personnes (par opposition aux interventions sur l'environnement comme le ménage) les plus dépendantes (GIR 1 et 2). Pour les soins apportés par une association en mode prestataire, le système d'autorisation et la nouvelle tarification des services doivent pouvoir permettre au conseil général de moduler les financements alloués, voire de conditionner l'autorisation à des exigences de qualité qu'il pourra mesurer a posteriori grâce aux nouvelles exigences d'évaluation des services (loi du 2 janvier 2002). La question de la qualité des interventions auprès des personnes les plus fragiles se pose donc essentiellement pour le gré à gré et le mode mandataire.

La sanction négative (majoration de la participation du bénéficiaire en cas de recours à une personne non qualifiée dans les cas de grande dépendance) prévue par le décret du 20 novembre 2001 n'a jamais été mise en œuvre. Plusieurs options alternatives sont envisageables :

- une incitation positive par la majoration de l'APA dans le cas d'un recours à une personne qualifiée. Cette solution pose néanmoins un problème de financement ;
- l'organisation d'un système d'habilitation des personnes intervenant de gré à gré. Ce serait cependant ajouter une procédure administrative lourde et sans doute aussi inefficace que la procédure actuelle d'agrément ;
- limiter le libre choix de la personne et exiger une qualification des intervenants dans certains cas. L'équipe médico-sociale préciserait ainsi dans le plan d'aide les tâches qui doivent obligatoirement être assurées par une personne ayant une qualification.

RECOMMANDATIONS

1- En matière de connaissance et de suivi statistique :

- Préparer sans tarder le lancement d'enquêtes élargies sur les intervenants et les bénéficiaires du secteur de l'aide à domicile, afin de combler le retard pris depuis les derniers travaux de 1998-1999 ;

- assurer un suivi précis de l'évolution des modes de prise en charge des personnes les plus fragiles (GIR 1 et 2) ;

- mettre en place, pour rendre possible un pilotage efficace, un tableau de bord des créations et des ouvertures de structures d'accueil temporaire, au titre notamment du plan « vieillissement et solidarité » ;

- approfondir l'évaluation des besoins en matière d'offre libérale de soins et de places de SSIAD ;

- doter l'administration centrale d'un système permettant la remontée régulière d'information concernant la délivrance des DEAVS.

2- En matière d'offre :

- Introduire dans la répartition des enveloppes de crédits affectés aux SSIAD des critères liés à la présence du secteur libéral, à l'étendue des zones d'intervention et au taux de refus des prises en charge ;

- supprimer la procédure d'agrément préfectoral pour les services prestataires désormais autorisés par le département.

3- En matière de financement :

- Pour les SSIAD, passer d'un mode d'allocation forfaitaire à un système de dotation budgétaire globale en fonction des coûts réels de chaque service ;

- étudier les modalités du regroupement sous une autorité tarifaire unique du financement de l'ensemble des structures intervenant au domicile des personnes âgées en GIR 1-4 (SSIAD et services d'aide à domicile) ;

- développer les systèmes de télégestion des interventions à domicile, afin d'obtenir un contrôle plus précis des heures effectivement réalisées auprès des bénéficiaires de l'APA.

4- En matière de modernisation et d'amélioration de la qualité de la prise en charge :

- Mieux évaluer les actions de professionnalisation et de modernisation du secteur financées sur fonds publics (EDDF et FMAD) ;

- promouvoir une prise en compte systématique de l'amélioration de l'habitat lors de l'établissement des plans d'aide APA, en associant par exemple un ergothérapeute aux équipes médico-sociales du département ;

- concevoir un dispositif juridique qui permette aux infirmiers libéraux de coordonner des équipes d'auxiliaires de vie sociale et d'aides-soignants ;

- soumettre les personnels qui interviennent auprès des personnes les plus fragiles à des exigences de qualification et de formation continue lorsque leur emploi est financé partiellement par l'APA, et qu'il s'agit non pas d'une aide au ménage mais d'un soin à la personne.

Chapitre II

L'hébergement en institution

Près de 490 000 personnes de 60 ans et plus vivaient, fin 2003, en maison de retraite ou en unité de soins de longue durée, soit presque 4 % de cette classe d'âge. En outre, 148 000 personnes¹¹⁴ résidaient en logements-foyers¹¹⁵. Selon l'enquête HID, 69 % des personnes classées en GIR 1 et 49 % de celles classées en GIR 2 vivaient en établissement.

En même temps qu'était créée, en 1997, la PSD qui solvabilisait partiellement la population la plus dépendante (GIR 1 à 3), les pouvoirs publics décidaient de mettre en œuvre une réforme tarifaire et qualitative des établissements pour que ceux-ci répondent mieux aux besoins des résidents et à l'évolution de ces besoins. La réforme a commencé à faire évoluer l'offre d'hébergement dans 3 740 établissements sur les 8 000 accueillant des personnes âgées en permettant notamment une meilleure prise en charge des résidents dans ces structures. Toutefois, l'offre reste globalement insuffisamment adaptée aux situations et aux besoins des personnes accueillies et de leurs familles.

114) DREES, enquête EHPA- Etudes et résultats n° 379, février 2005.

115) Les résidents des logements-foyers sont en moyenne dans une situation de moindre dépendance que ceux hébergés en USLD ou en maison de retraite.

Méthodologie de cette partie de l'enquête

La Cour a évalué la réforme et ses résultats au vu des scénarios et objectifs affichés au niveau national. Elle a examiné la méthode suivie et les moyens utilisés auprès des services déconcentrés de l'Etat dans un échantillon de 10 départements métropolitains.

Les chambres régionales participant à l'enquête ont procédé à des contrôles sur une quarantaine d'établissements représentant les différentes catégories d'institutions publiques qui accueillent des personnes âgées¹¹⁶.

I - L'état des lieux

A – Une offre diverse

Trois grandes catégories d'institutions accueillent des personnes âgées.

Trois grandes catégories d'établissements

On comptait 10 526 établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) au 31 décembre 2003 : 2 975 logements-foyers, 6 376 maisons de retraite et 1 044 unités de soins de longue durée (USLD), ainsi que 131 résidences d'hébergement temporaire. Ensemble, les trois premiers types de structure offraient 670 900 lits ou places installés¹¹⁷. Si les maisons de retraite et les résidences d'hébergement temporaire représentent près de 62 % de l'ensemble des établissements, les logements-foyers plus de 28 % et les USLD un peu moins de 10 %, la répartition par catégories d'établissements est très variable selon les départements¹¹⁸.

116) Voir en annexe 1 « Méthodologie de l'enquête » la répartition par catégorie des établissements contrôlés.

117) Source : DREES – Études et résultats n° 379 février 2005. Voir tableau détaillé en annexe 6. Sauf mention contraire, les données relatives aux établissements utilisées dans le rapport sont tirées des premiers résultats de l'enquête EHPA 2003.

118) Cf. DREES Etudes et résultats n° 263 - octobre 2003. Les taux d'équipement des départements, exprimés en nombre de places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, sont calculés à partir de données issues de l'enquête EHPA 1996 et d'extractions du fichier FINISS au 31/08/2002.

L'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation définit le **logement-foyer** comme « un établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes dans des immeubles comportant à la fois des locaux privatifs, meublés ou non, et des espaces collectifs ». Ce texte et le décret du 11 avril 1979 qui mentionne le caractère social de ces établissements ne limitent pas cette formule à l'accueil des personnes âgées, mais ils ne font pas obstacle à ce qu'une telle structure leur soit réservée.

Les logements-foyers, dont la taille moyenne est de 51 places, offrent environ 153 000 places, soit 23 % de la capacité d'accueil de l'ensemble des EHPA. Plus de 70 % sont d'initiative communale et ont été construits par les offices publics ou les sociétés anonymes d'HLM.

Les **maisons de retraite** apportent à des personnes âgées valides ou dépendantes un domicile collectif et des services fournis par l'établissement. Le nombre de places estimées était d'un peu plus de 436 000 en 2003, représentant 65 % de la capacité d'accueil totale.

On agrège à cette catégorie les petites unités de vie comptant moins de 25 places, dont les 114 MARPA¹¹⁹ existant en 2004 sont une illustration. Développées par la Mutualité sociale agricole (MSA), ces structures cherchent à préserver en zone rurale les liens du résident avec ses proches et son environnement.

Les **unités de soins de longue durée (USLD)** n'accueillent pas seulement des personnes âgées, même si c'est le cas en grande majorité. Elles assurent « l'hébergement de personnes n'ayant plus leur autonomie de vie, et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien ».

Ce sont donc en principe les structures les plus médicalisées, destinées à l'accueil des personnes les plus dépendantes. Avec un peu moins de 80 000 lits, elles fournissent 12 % des places existantes. A la différence des autres structures, qui font partie du secteur médico-social, les USLD sont des établissements sanitaires, rattachés à des établissements publics de santé. Une vingtaine d'établissements de long séjour ont le statut privé lucratif.

119) MARPA : maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (voir Rapport public de la Cour 1997, p. 248).

Les établissements publics représentent 60 % des places installées en EHPA (402 500 places), contre 40 % pour le secteur privé (268 400 places).

Dans le secteur privé, les établissements à but non lucratif représentent 26 % de la capacité totale, le secteur commercial en offrant, pour sa part, 14 %. Les premiers sont pour l'essentiel des maisons de retraite et logements-foyers gérés par des associations, fondations, mutuelles, caisses de retraite et congrégations religieuses. Ce secteur offre environ 174 000 places. Le secteur commercial, qui offre la même palette d'institutions que le secteur public, s'est beaucoup développé à partir des années 1980. De 1996 à 2003, il a augmenté de 13 800 son nombre de places installées en logements-foyers et maisons de retraite, alors que l'accroissement dans le secteur public et le secteur privé non lucratif était respectivement de 7 400 et 4 400 places. Dans ce secteur, les groupes commerciaux qui, souvent, rachètent des établissements, commencent à occuper une place significative. Les 20 premiers, dont certains cotés en bourse, en représentent plus du tiers de la capacité d'accueil.

L'habilitation ou non à l'aide sociale et la séparation entre secteur sanitaire et secteur médico-social tracent deux autres lignes de partage au sein de l'ensemble des établissements.

L'habilitation à l'aide sociale, accordée à un établissement pour l'ensemble de ses lits, lui permet de recevoir des résidents dont tout ou partie des coûts d'hébergement seront pris en charge par la collectivité départementale¹²⁰. Dans ces institutions, le tarif de l'hébergement est approuvé par le président du conseil général. La quasi-totalité des établissements du secteur public et la plupart de ceux du secteur privé non lucratif, soit plus de 72 % de l'ensemble des lits installés, bénéficiaient en 2003 de cette habilitation. 24 % de leurs résidents relevaient de l'aide sociale ou d'une autre modalité de prise en charge de leurs frais d'hébergement¹²¹. Le projet d'ordonnance, pris sur la base de l'article 72 de la loi 2004-1343 de simplification du droit, introduit la possibilité d'une habilitation partielle des établissements, leur permettant d'avoir deux tarifs d'hébergement, l'un approuvé par le président du conseil général, l'autre libre.

120) Ou exceptionnellement par l'Etat en vertu des articles L. 121-7 et L. 111-3 du CASF, qui visent les réfugiés, apatrides et personnes sans domicile fixe.

121) Cf. tableaux en annexe 6.

Historiquement, une autre distinction juridique existe entre les établissements. En effet, les USLD régies par le code de la santé publique sont des établissements de santé, dispensant des soins à des personnes n'ayant pas leur autonomie, tandis que les maisons de retraite et les logements-foyers sont des établissements médico-sociaux destinés à accueillir des personnes âgées. En fait, compte tenu de l'évolution des personnes prises en charge dans les deux types de structure, cette distinction n'est plus pertinente, même si le niveau moyen de dépendance des résidents en USLD demeure supérieur.

Aussi, en 1997, a-t-il été décidé, d'une part, de soumettre les USLD à la réforme des EHPAD, d'autre part de redéfinir leur vocation¹²². Cette réorientation n'a toutefois pas encore eu lieu. Le projet de la DHOS en la matière serait de distinguer deux types de structures, celles ayant vocation à rejoindre le champ médico-social et celles destinées à assurer la prise en charge de longue durée de malades requérant des soins continus et la proximité immédiate d'un plateau technique (de l'ordre de 10 % des lits) qui demeurerait dans le champ sanitaire.

Cette redéfinition du rôle et du périmètre des USLD est urgente. D'une part, en effet, elle est indispensable pour répondre à l'évolution des besoins des personnes âgées. D'autre part, l'absence de capacités d'hébergement de longue durée plus fortement médicalisées que les EHPAD entraîne des hospitalisations injustifiées, perturbatrices à la fois pour les personnes âgées et pour l'activité des services hospitaliers.

La mise en œuvre de la réforme des EHPAD n'est par ailleurs que partielle et n'a pas encore véritablement modifié la nature du parc d'établissements, qui reste marqué notamment par l'hétérogénéité de la qualité des bâtiments et des services.

122) La loi du 24 janvier 1997 disposait qu'une redéfinition législative interviendrait au plus tard le 31 décembre 1999.

B – Les personnes hébergées et leur niveau de dépendance

L'application de la grille AGGIR aux établissements

La grille AGGIR constitue, on l'a vu, un des outils de mesure du niveau de dépendance des personnes âgées : elle est utilisée en EHPAD.

Le classement de la personne dans un groupe GIR est déterminant pour calculer le tarif dépendance et soins des EHPAD ainsi que l'octroi et le montant de l'APA.

Le niveau de dépendance moyen des résidents d'un établissement s'exprime en groupe moyen pondéré (GMP), résultant de la somme des points GIR de tous les résidents divisée par le nombre de ces résidents.

Le niveau de dépendance des personnes hébergées dans des établissements n'est pas connu avec précision. Selon l'enquête HID de 1998, 56,7 % des résidents dans d'autres formes d'établissements que les logements-foyers sont classés en GIR 1 à 4, et 60 % des résidents de plus de 75 ans. D'après les estimations statistiques¹²³ menées par la mission MARTHE¹²⁴ en 2000, 75 % des personnes vivant dans les diverses formes d'institution, y compris les logements-foyers, relevaient des GIR 1 à 4 : 46 % en logements-foyers, 67 % en maisons de retraite et 94 % en USLD.

Une des raisons essentielles de l'écart tient sans doute à la différence de méthodes utilisées : l'enquête HID procède par interrogation des personnes et a donc un aspect déclaratif ; les simulations, elles, se sont fondées sur un large échantillon de personnes résidentes, évaluées par une équipe médico-sociale sur la base de la grille AGGIR. La méthode par interrogation semble sous-évaluer le niveau de dépendance.

La tendance à une aggravation du niveau moyen de dépendance est cependant nette. Selon les premières estimations de la DREES tirées de l'enquête de 2003 sur les EHPAD, la proportion de personnes évaluées dans les GIR 1 à 4 atteindrait environ 81 % des résidents hors logements-foyers, contre 57 % en 1998.

123) A partir de l'échantillon ERNEST (Echantillon représentatif national des établissements pour simuler la réforme de la tarification).

La moyenne d'âge à l'entrée s'établit désormais à 83 ans et ce vieillissement de la population accueillie s'accompagne souvent d'une perte d'autonomie plus invalidante, de polypathologies, mais aussi de détériorations intellectuelles, voire de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

Les établissements ne sont plus les lieux alternatifs du domicile pour des personnes âgées valides, mais pour beaucoup de personnes, des lieux de fin de vie qui exigent des prises en charge spécifiques conjuguant projet de vie et projet de soins. Chaque année, environ 150 000 nouvelles personnes intègrent les établissements. La durée moyenne des séjours est de deux à trois ans.

Après une première transformation des lieux d'hébergement pour personnes âgées, « l'humanisation des hospices », décidée par la loi du 30 juin 1975, une nouvelle mutation des maisons de retraite s'imposait.

Ces modifications dans l'état de santé et le degré d'autonomie des personnes accueillies dans les établissements et l'inadaptation corrélative des modes de financement de ces structures rendaient une réforme nécessaire.

124) Mission d'appui à la réforme de la tarification de l'hébergement des personnes âgées.

II - La réforme des EHPAD : une réforme complexe, et encore incomplètement appliquée

Engagée à partir de 1997 mais mise en œuvre seulement à compter de 1999, la réforme n'est pas achevée. Elle doit concerner l'ensemble des établissements, à l'exception des structures accueillant un public peu dépendant¹²⁵.

A – La réforme : impératif, objectifs et principes

1 – La nécessité de la réforme

Avant la réforme, les recettes des établissements provenaient d'une part du paiement par les résidents d'un prix de journée d'hébergement, d'autre part du paiement par l'assurance maladie de forfaits différenciés selon les structures : forfaits de soins courants, forfaits de section de cure médicale et forfaits de soins de longue durée.

Compte tenu des nouvelles caractéristiques des résidents, ce mode de financement était devenu insuffisant pour couvrir les besoins. Il présentait aussi l'inconvénient d'être déconnecté de l'état de dépendance des personnes accueillies. Une redéfinition devenait indispensable au moment où, par ailleurs, se mettait en place une allocation (la PSD), financée par les départements, qui permettait une prise en charge partielle des coûts liés à la dépendance.

2 – Les objectifs et principes de la réforme

Trois objectifs principaux ont été fixés à la réforme : redéfinir le mode d'allocation des ressources, assurer une plus grande égalité dans la prise en charge et améliorer la qualité globale des prises en charge en institution. Elle comporte, en corollaire, un important volet budgétaire et comptable qui vise à unifier les règles régissant les diverses catégories d'établissements accueillant des personnes âgées dépendantes.

125) GIR moyen pondéré inférieur à 300.

Techniquement, le nouveau mode d'allocation des ressources repose sur une identification des charges réelles selon trois types de prestations : l'hébergement, l'aide à la dépendance, les soins. La charge du premier incombe au résident, celle de la seconde au département et celle de la troisième à l'assurance maladie.

A cet égard, la prise en charge spécifique de la dépendance est un des aspects novateurs de la réforme. Elle implique le classement des résidents de l'établissement selon leur niveau de dépendance. Cette opération doit être réalisée par l'équipe médico-sociale de l'établissement sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur, à l'aide d'un guide d'évaluation de la personne âgée en perte d'autonomie et de la grille nationale AGGIR.

La redéfinition du mode d'allocation des ressources s'accompagne d'un mécanisme de convergence des tarifs et des financements reposant sur le principe « à situation égale en termes de profil de la population accueillie, allocation de moyens égale ». L'application de ce dispositif de convergence des moyens alloués par l'assurance maladie devrait résorber progressivement les écarts existant dans le degré de médicalisation des établissements et leur taux d'encadrement.

La réforme avait aussi pour objectif d'encourager les établissements à améliorer la prise en charge dans ses aspects essentiels pour les résidents que sont leur qualité de vie, celle des relations avec la famille, la qualification du personnel et, pour le suivi médical, l'inscription dans un réseau gérontologique de manière à assurer la qualité des soins. L'outil de mise en œuvre de cette amélioration globale, souvent désignée sous le terme réducteur de « médicalisation », est une convention tripartite que l'établissement passe avec le président du conseil général et l'autorité compétente de l'Etat, responsable du financement par l'assurance maladie pour les établissements concernés¹²⁶. Cette convention, signée pour cinq ans, programme les objectifs d'amélioration que se fixe l'établissement ainsi que les moyens supplémentaires qui lui sont alloués pour les réaliser.

Les établissements doivent désormais suivre les opérations relatives à l'hébergement, la dépendance et les soins dans des sections budgétaires étanches¹²⁷.

126) Le préfet pour les établissements sociaux et médico-sociaux (article L. 313-12 du CASF), le directeur de l'ARH pour les USLD.

127) Le décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 a refondu la gestion budgétaire, comptable et financière des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du CASF (avec quelques exceptions) et des établissements relevant du 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique.

Les tarifs et les financeurs

Le tarif journalier relatif à l'hébergement recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement, ainsi que la totalité du coût immobilier. Il est à la charge de la personne accueillie.

Le tarif afférent à la dépendance recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie ; ces frais sont à la charge du résident aidé par l'APA (GIR 1 à 4).

Enfin, le tarif afférent aux soins recouvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques, ainsi que les prestations paramédicales liées à l'état de dépendance ; il est totalement pris en charge par l'assurance maladie¹²⁸.

Les charges supportées par l'établissement sont réparties entre les trois sections du budget, correspondant aux trois catégories de prestations. Elles sont soit imputées totalement à une section, soit réparties entre deux sections tarifaires (charges de personnel) selon des clés qui ont été arrêtées réglementairement. Chaque établissement ou structure arrête trois tarifs. Celui de l'hébergement ne dépend pas de la perte d'autonomie de la personne. En revanche, le tarif de la dépendance varie en fonction du degré de dépendance¹²⁹. Enfin, pour les tarifs soins, le total de points GIR est majoré d'un nombre forfaitaire de points visant à tenir compte du coût de la prise en charge des pathologies, non proportionnel au degré de dépendance¹³⁰. L'établissement connaît ainsi son nombre de points "GIR Soins" (GIRS) et la valeur historique de son « point GIRS », ce qui permet de calculer une dotation avant conventionnement, donc sans moyens nouveaux.

128) Toutefois, pour les soins, deux forfaits aux périmètres différents ont été créés : le forfait « global » et le forfait « partiel » dont le choix est laissé à l'initiative de l'établissement. La définition du périmètre des dépenses entrant dans ces deux types de forfait a connu de profondes modifications entre 1999 et 2002. Les modalités et les conséquences de ce système sont présentées infra dans le bilan de la réforme.

129) Trois tarifs sont établis à cette fin correspondant respectivement aux GIR 1 et 2, 3 et 4, 5 et 6.

130) Les USLD ont été dotées d'un nombre de points forfaitaires supérieur à celui des établissements médico-sociaux, mais une récente étude réalisée par l'assurance maladie sur la base de l'outil de mesure des besoins en soins médico-techniques (PATHOS) montre que cette différence ne se justifie pas.

Le schéma suivant résume la répartition des compétences en matière de tarifs :

Tarif	Autorité fixant le tarif	Avis
Soins	Etat (Préfet ou ARH)	Conseil général, Caisse régionale d'assurance maladie
Dépendance	Président du Conseil général	Etat, Caisse régionale d'assurance maladie
Hébergement	Président du Conseil général (si habilitation à l'aide sociale)	

B – Des mécanismes de mise en œuvre très complexes

Simple dans ses principes et ses objectifs, la réforme des EHPAD s'est, en réalité, construite depuis janvier 1997 par un empilement de textes, au demeurant inachevé¹³¹, qui nuit fortement à sa lisibilité.

Le conventionnement des EHPAD et la réforme tarifaire ont été introduits dans la loi du 24 janvier 1997 qui créait la PSD. Une « réforme de la réforme » a ensuite été opérée par la loi du 20 juillet 2001. Il a fallu attendre la loi du 2 janvier 2002 pour qu'émerge un ensemble homogène, désormais codifié, qui rassemble les principaux chapitres portant sur la planification, l'autorisation, l'évaluation, le conventionnement et le contrôle. Les textes d'application de ces diverses dispositions législatives ne sont pas tous parus.

En outre, la réforme n'a cessé de connaître d'importantes évolutions, y compris dans ses modalités les plus structurantes¹³².

131) Certains textes attendus sont essentiels dans l'économie du projet, tel le décret qui doit définir les modes de rémunération des professionnels libéraux intervenant dans les établissements au titre des forfaits versés par l'assurance maladie.

132) Ces modifications ont été introduites par décret ou par les lois de financement de la sécurité sociale successives ou à l'occasion de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

1 – La non application du principe de re-ventilation des dépenses en fonction de leur nature

Certains principes présentés pourtant comme fondamentaux n'ont pas été appliqués, tels celui de la clarification des coûts et du champ de compétence de chacun des financeurs. Le premier instrument de la réforme - la définition d'une tarification ternaire - était réputé pouvoir être mis en oeuvre à coût constant pour l'assurance maladie, les ajustements dans la répartition des charges entre les trois sections devant s'équilibrer au plan national. Dès le départ, la réforme s'est traduite, en réalité, par une répartition forfaitaire des charges, dont l'objet était de maintenir le financement que l'assurance maladie consacrait à l'ensemble des établissements. Avec 100 % des coûts infirmiers et 70 % des charges d'aides-soignants, celle-ci couvre non seulement des soins médico-techniques, mais aussi plus de 50 % des prestations d'assistance à la personne effectuées en raison de la dépendance. En outre, le maintien de ce volume initial de financement a lui-même ensuite été battu en brèche par l'introduction d'un mécanisme dit du « clapet anti-retour ».

Le « clapet anti-retour »

Cette disposition maintient la dotation que l'assurance maladie versait à un établissement avant la réforme, même lorsque celle-ci est supérieure à celle qui résulterait de l'application des clés de répartition entre les trois sections : elle annule ainsi le transfert de charges de l'assurance maladie vers la section dépendance.

A l'inverse lorsque la nouvelle classification des charges entraîne pour l'établissement un allègement des dépenses de la section dépendance et une augmentation corrélative de celles de la section « soins », l'accroissement de la dotation assurance maladie qui en résulte est bien effectué.

Cette disposition exclut donc qu'au total la mise en place du nouveau système s'effectue à coût nul pour l'assurance maladie.

L'objectif de fond, l'amélioration de la qualité des prises en charge, nécessitait, lui, par construction des financements supplémentaires, mais la répartition des charges entre les trois sections traduisant mal leur nature, il est très difficile de distinguer, dans les évaluations constatées des charges supportées par les financeurs, ce qui résulte de la ventilation des dépenses et ce qui traduit une amélioration de la qualité des soins ou de l'assistance à la personne. Il est également difficile de vérifier la conformité de l'accroissement constaté de la charge de l'assurance maladie à sa destination initiale.

2 – Les limites de la convergence entre établissements pour les dotations de l'assurance maladie

Le tarif « soins » des établissements à la charge de l'assurance maladie a été construit de manière à tendre vers une convergence des ressources attribuées aux établissements : celle-ci aurait dû reposer sur la fixation d'une valeur nationale unique du « point GIRS », qui aurait été progressivement mise en œuvre dans le cadre des conventions en fonction des moyens financiers disponibles. Plusieurs raisons ont conduit la DGAS à définir un système différent : en premier lieu, la très forte disparité des situations initiales, en second lieu, le risque de forte croissance de la dépense, enfin le choix de ne pas mettre en œuvre de manière jugée trop rapide et trop forte une logique redistributive consistant à diminuer la dotation de certains établissements pour augmenter celle des autres. Par ailleurs, la fixation de la nouvelle dotation dans le cadre du conventionnement étant aussi destinée à définir les moyens nouveaux attribués à chaque établissement en fonction de ses engagements propres, une stricte convergence tarifaire ne se justifiait pas.

Aussi, la solution retenue a été de fixer seulement un plafond que les DDASS ne doivent pas dépasser lors des négociations avec chaque établissement pour établir les conventions. Ce plafond est calculé à partir d'une valeur minimale nationale du point GIRS (groupe iso-ressources soins), égale non pas à la moyenne constatée mais à cette moyenne diminuée de 20 %¹³³ à laquelle peut s'ajouter une augmentation maximale de 35 %.

Ce mécanisme vise à écrêter, lors de la signature des conventions, la dotation des établissements qui étaient jusqu'alors les mieux dotés (leur dotation ne peut plus excéder de 15 % la moyenne nationale) et à permettre une négociation avec les établissements dont la dotation était comprise entre la moyenne – 20 % et la moyenne + 15 %.

Le système ainsi retenu pour les dotations de l'assurance maladie manque de clarté et a été en outre peu respecté, puisque la moyenne des dotations fixées dans le cadre des conventions signées au 31 décembre 2004 se situe à un niveau supérieur de 16,6 % au plafond théorique¹³⁴ bien que celui-ci ne devrait en principe être atteint que dans certains cas.

133) Cette moyenne (- 20 %) est dénommée DOMINIC (dotation moyenne de convergence). La dotation maximale susceptible d'être obtenue par la signature d'une convention étant en principe supérieure de 35 %, elle est qualifiée de DOMINIC + 35 %.

134) Elle s'établit à DOMINIC + 51,6 %.

Ce dépassement est équivalent à 140 ou 170 M€³⁵. Enfin, il incite les établissements les mieux dotés à différer le conventionnement pour éviter une réduction de dotation.

C – Une conduite de la réforme fluctuante et peu efficace

1 – Au niveau national

La répartition des compétences à l'intérieur de l'administration centrale a été plusieurs fois modifiée.

La réforme a été conçue par la direction de l'action sociale (DAS), devenue DGAS.

Sa mise en œuvre a ensuite été confiée à une mission d'appui inter-directions créée en 1999 - la mission MARTHE - qui comprenait cinq directions du ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale la DGAS, la DSS, la DGS, la DH (devenue DHOS) et la DREES. Cette mission est chargée de coordonner les services déconcentrés, d'organiser un suivi, d'informer tous les partenaires sur l'état d'avancement de la réforme et de proposer, le cas échéant, des adaptations. En outre, le responsable de la mission est chargé de définir le système d'information nécessaire.

Dans un troisième temps, en août 2000, un protocole de transfert de compétences a confié à la DHOS la gestion budgétaire de l'ONDAM médico-social concernant les personnes âgées, la gestion de la filière sociale de la fonction publique hospitalière et le contrôle de la gestion financière des établissements. La DGAS est demeurée pilote pour le cadrage général de la politique gérontologique, l'élaboration de la réglementation tarifaire et le suivi de la réforme, l'évaluation des besoins, le contrôle de la qualité des prestations et la gestion des crédits d'investissement.

135) Selon les informations de la DHOS ou de la DGAS.

a) Les prévisions et le suivi financier

La Cour a relevé que le modèle de simulation mis en place par la mission MARTHE pour bâtir les prévisions financières de la réforme a été transmis en 2002 à la DHOS sans documentation sur la méthode utilisée. En outre, les données relatives aux établissements de l'échantillon étaient hétérogènes et non exhaustives. Enfin, faute jusqu'en 2004 de pouvoir suivre le résultat des conventions signées, les décisions de financement ont continué à être prises sur la base des simulations et non sur la base des résultats effectifs constatés à l'occasion des premiers conventionnements. Ce n'est qu'à la fin du premier semestre 2004 que les premiers résultats issus de l'exploitation d'un nouveau logiciel¹³⁶ ont permis d'actualiser le modèle.

La mise en œuvre de la réforme n'a ainsi bénéficié ni d'outils de prévision et de suivi ni d'instruments d'évaluation.

b) La conduite de la politique d'amélioration de la qualité

La loi du 24 janvier 1997 et ses textes d'application de 1999 ont eu pour but d'adapter les EHPAD à leur nouvelle mission : accueillir des personnes de plus en plus âgées et, de ce fait, dépendantes.

Des dispositions spécifiques ont été prises pour inciter les établissements à améliorer la qualité de la prise en charge des résidents. Le texte de référence est le cahier des charges déjà cité qui couvre tous les volets de la vie de l'établissement. Son contenu a été défini par l'arrêté du 26 avril 1999. L'instruction DGAS/DHOS/DSS/MARTHE du 13 janvier 2003 ne fait pas du respect du cahier des charges une condition préalable au conventionnement, mais un objectif à atteindre à compter de la signature de la convention.

Ainsi, la signature de la convention tripartite déclenche non seulement l'entrée dans le système de la tarification ternaire, mais aussi une démarche d'amélioration de la qualité. Les objectifs que chaque établissement se fixe en la matière sont définis par lui, programmés sur 5 ans et contractualisés avec les financeurs.

136) Logiciel SAISEHPAD (circulaire du 15 juillet 2003).

Ce volet de la réforme des EHPAD se caractérise à la fois par l'importance du travail réalisé par la tutelle pour créer progressivement une doctrine, un corps de recommandations et des outils à destination des établissements, mais également par la multiplicité et la confusion des objectifs poursuivis ainsi que par un pilotage insuffisant.

La démarche qualité mise en œuvre dans la réforme se caractérise par un cahier des charges trop ambitieux, une double démarche évaluative peu adaptée à des structures de taille modeste et un pilotage peu directif et faible dans le suivi des réalisations.

Le cahier des charges

Le cahier des charges de 1999, riche en informations, traite toutefois dans un seul texte de deux sujets de nature différente : une démarche « d'entreprise » programmée et financée par la convention, et une démarche d'amélioration de la qualité, processus continu pouvant conduire à une certification externe. Il hésite ensuite entre l'obligation et la recommandation. Enfin, il n'est satisfaisant ni comme outil du conventionnement, car il embrasse, sous une forme indicative, un champ beaucoup trop large, ni comme support d'une démarche d'amélioration de la qualité, car il ne comporte pas les éléments essentiels que sont le référentiel d'évaluation et le dispositif de certification externe.

La double démarche évaluative

La loi du 2 janvier 2002 a rendu obligatoire l'évaluation interne et externe « de l'activité et de la qualité des prestations des établissements et services médico-sociaux ». Les résultats de l'évaluation interne doivent être communiqués tous les 5 ans aux autorités ayant délivré l'autorisation. L'évaluation externe est réalisée par des organismes habilités sur avis du conseil national déjà mentionné¹³⁷, et selon la méthodologie validée par lui. Ses résultats sont également communiqués aux autorités ayant délivré l'autorisation.

Le conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, placé auprès du ministre chargé de l'action sociale, a été installé le 15 avril 2005. Sa mission consiste à promouvoir l'évaluation dans les établissements, et, pour cela, à valider ou élaborer et diffuser les références et recommandations de bonnes pratiques d'une part, à donner un avis sur les organismes habilités à pratiquer l'évaluation externe d'autre part¹³⁸.

137) Cf. 1^{ère} partie, chapitre I.

138) Décret n° 2003-1134 du 26 novembre 2003.

Ce dispositif a eu le mérite d'introduire pour tous les services et établissements du secteur une première clarification sur les notions de qualité et d'évaluation. Il a défini des obligations générales comparables à celles qui s'imposent aux établissements sanitaires. Mais pour les EHPAD, ce dispositif général s'est surajouté à celui de 1999, centré sur les conventions tripartites, le cahier des charges et l'évaluation interne. Le dispositif paraît trop lourd et, là encore, trop ambitieux pour les établissements qui ne disposent que de moyens administratifs limités.

Par ailleurs, les CRC ont constaté que quelques établissements de santé, gérant des unités accueillant des personnes âgées dépendantes, ont mené à bien la procédure d'accréditation qui leur est applicable. Ils ont défini une stratégie qui comporte notamment un projet médical et de soins et mis en place une organisation qui offre aux usagers de réelles garanties.

Pilotage et suivi des réalisations

La DGAS et la DGS ont communiqué aux établissements, au printemps 2004, un recueil de recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD, sans informer les DDASS et les DRASS.

Le guide méthodologique de la DGAS sur la démarche qualité et l'évaluation interne (2004) est précédé d'un exposé de doctrine dont les titres sont révélateurs des hésitations où se trouve encore la démarche : « Evaluation et démarche qualité ou démarche qualité et évaluation ? » Il n'est pas certain que la publication de tels documents théoriques soit appropriée aux besoins opérationnels des directeurs d'établissements et des services déconcentrés.

Ainsi, cinq ans après la parution du cahier des charges, la démarche d'amélioration de la qualité des EHPAD n'a progressé que lentement.

2 – Au niveau départemental

a) *Le rôle des DDASS*

La conduite de la réforme au niveau départemental a reposé sur l'action conjointe des services déconcentrés du ministère des affaires sociales et des services compétents des départements.

Le rôle des DDASS a fait l'objet de plus d'une trentaine de circulaires et instructions depuis 1999, notamment les circulaires annuelles relatives à la campagne budgétaire. En outre, la mission MARTHE a fait désigner des correspondants dans toutes les DDASS et DRASS avec lesquels elle a entretenu des relations régulières et organisé des réunions périodiques entre 1999 et 2001 (DDASS) et de 2002 à 2004 (DRASS).

Toutefois, les premières instructions ne définissaient pas une méthode de conduite de la réforme. En particulier, les DDASS n'ont disposé ni d'un guide de visite des établissements ni d'une convention type¹³⁹. De l'arrêté du 26 avril 1999, fixant le cahier des charges concernant les conventions pluriannuelles, les DDASS pouvaient seulement déduire une démarche générale permettant d'apprécier la qualité des engagements contenus dans chaque convention, notamment la nécessité d'un auto-diagnostic de l'établissement. Une visite dans les établissements était simplement recommandée.

Ce n'est que par une instruction du 13 janvier 2003 que le processus de conventionnement a été formalisé¹⁴⁰. Les DDASS ont une mission d'incitation et de participation au processus de conventionnement. En outre, représentant le préfet, elles fixent le tarif « soins » après avis du président du conseil général et de la CRAM.

C'est le président du conseil général, on l'a vu, qui arrête le tarif dépendance pour les établissements entrant dans la nouvelle tarification ternaire. De même, il fixe le tarif hébergement pour tous les établissements habilités à l'aide sociale.

139) Il n'existe un "guide pour la visite en vue du conventionnement" que depuis 2003.

140) Instruction DGAS/DHOS/DSS/MARTHE n° 2003/20 du 13 janvier 2003 relative à la négociation des conventions tripartites au bénéfice des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Cette instruction a mis l'accent sur la participation de l'ensemble des partenaires concernés (médecin inspecteur, DDASS, CRAM, services du département) et sur la nécessité d'établir un relevé commun d'observation à l'issue de la visite.

b) La collaboration des DDASS et des départements

La collaboration entre la DDASS et les services du département est considérée comme généralement bonne dans tous les départements visités ; cependant, elle a été mise en place parfois avec retard et n'a pas toujours abouti à des méthodes communes. En outre, l'implication des agents concernés des DDASS et les bonnes relations de coopération établies avec les services des départements n'ont pas suffi à vaincre les handicaps que constituent la complexité de la réforme et la faiblesse des moyens dont disposent les services de l'Etat.

L'existence de plusieurs financeurs introduit une source de difficultés supplémentaires et entrave la vision d'ensemble de la conduite de chaque projet. Pour les gestionnaires d'établissement eux-mêmes, une telle pluralité d'interlocuteurs crée des difficultés, liées à l'insuffisante articulation des cofinancements et à l'absence de synchronisation des calendriers budgétaires des différents acteurs : cette complexité engendre des retards dans la réalisation des projets et contribue à expliquer les limites de la réforme.

III - Le bilan

Le processus de conventionnement engagé en 1999 comporte trois aspects positifs :

- une meilleure connaissance et une appréciation plus objective de l'état réel de dépendance des résidents qui est un réel progrès pour assurer leur prise en charge dans de bonnes conditions et qui est indispensable pour mesurer le poids de cette situation sur les charges des établissements ;
- un effort pour améliorer la connaissance budgétaire et comptable des coûts afférents à chacune des trois fonctions des établissements ;
- l'engagement d'une démarche, imparfaite encore, d'évaluation et de mesure permettant d'éclairer la discussion et la négociation avec l'autorité de tarification.

De même, les dernières années ont été marquées, on l'a vu, par des réflexions sur l'amélioration de la qualité du service rendu aux usagers, mais à la fin de 2004, l'examen du processus suivi dans la démarche qualité et les constatations des CRC ne laissaient apparaître que peu de résultats significatifs.

Cependant, la complexité et l'absence de maîtrise du processus par les administrations concernées ont emporté des conséquences négatives quant au respect du calendrier, des objectifs et du coût prévisionnel pour l'assurance maladie.

A – L'état d'avancement du conventionnement

1 – L'impossibilité de respecter les délais

a) Le caractère irréaliste du calendrier

La loi du 24 janvier 1997 créant la PSD retenait le 31 décembre 1998 comme date butoir pour la signature des conventions avec l'ensemble des établissements. Dès l'année suivante, la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 a posé le principe d'un nouveau calendrier. Par des décrets pris successivement en 1999 et 2001, la date d'achèvement de la procédure de conventionnement a été différée à la fin de 2003. Puis, prenant acte de l'impossibilité de respecter cette nouvelle limite, la loi du 2 janvier 2002 a repoussé l'échéance à la fin de 2005.

Selon les simulations de la mission MARTHE, la cible du conventionnement était de l'ordre de 8 000 établissements (d'une capacité de 493 000 lits) sur les 10 300 établissements (647 000 lits) qui constituaient le champ des EHPA en 1999¹⁴¹.

Au 31 décembre 2003, 2 506 conventions avaient été signées couvrant 195 500 lits, soit 31,3 % du nombre d'établissements visés, correspondant à 39,7 % des lits.

L'objectif pour 2004 était de signer 1 500 conventions supplémentaires, objectif porté à 2 000 après le plan « vieillissement et solidarité » de novembre 2003. Dans les faits, 1 234 conventions ont été signées en 2004, ce qui a porté le nombre de conventions signées, depuis l'origine, à 3 732, couvrant 4 031 structures et 308 000 places. Plus de huit ans après le lancement de la réforme, force est de constater que la moitié de l'objectif fixé, en nombre de conventions comme en nombre d'établissements, n'était pas encore atteint.

141) L'obligation de passer convention ne s'applique pas aux petits établissements (moins de 25 lits) ni à ceux dont le niveau moyen de dépendance des résidents est faible (GIR moyen pondéré inférieur à 300).

Un nouveau report de la date butoir de signature des conventions au 31 décembre 2007 est envisagé par les services.

La réforme des EHPAD, programmée sur deux ans en 1999 risque de connaître un retard venant s'ajouter à celui qu'a connu l'humanisation des hospices, programmée sur 5 ans en 1975 et seulement en voie d'achèvement aujourd'hui.

La raison généralement invoquée pour expliquer ce retard de la réforme des EHPAD, outre les problèmes de financement, est la difficulté d'appropriation par les acteurs locaux d'une réforme complexe et trop ambitieuse.

L'analyse des CRC permet notamment de connaître les réactions des gestionnaires et les difficultés qu'ils ont ressenties : la lenteur du processus de conventionnement peut tenir à des circonstances particulières comme des changements de la direction de l'établissement, mais ils tiennent aussi très fréquemment à un état des lieux trop dégradé pour envisager un conventionnement, à la crainte d'un non respect des engagements financiers par les autorités de tarification et à l'absence de moyens supplémentaires apportés par le conventionnement.

Toutefois, les investigations menées par la Cour et les chambres régionales ont montré que le rythme et la répartition des signatures entre catégories d'établissements pouvaient varier considérablement d'une catégorie à l'autre¹⁴² et d'un département à l'autre.

142) Dans le secteur privé lucratif, les groupes commerciaux ont signé le maximum de conventions : près de 240 conventions ont été signées par des établissements qui représentent le quart des lits du secteur privé et moins de 4 % du total des lits hors USLD.

b) Le rythme des signatures

En l'absence de ligne directrice clairement affichée au niveau national, la plupart des DDASS et des conseils généraux n'ont en général pas véritablement défini une stratégie de conventionnement.

Les établissements signataires ont été principalement ceux qui étaient prêts à s'engager dans le processus et qui y avaient un intérêt : parmi ceux-ci, les établissements du secteur privé lucratif non médicalisé, mais aussi les établissements publics fortement médicalisés en situation de « clapet anti-retour » qui, en choisissant par ailleurs le forfait partiel pour la dotation de l'assurance maladie, pouvaient à la fois conserver leur dotation et en sortir certaines charges¹⁴³, et bénéficiaient ainsi d'un effet d'aubaine.

Dans le Rhône, 12 des 18 maisons de retraite privées sans section de cure médicale avaient signé une convention fin 2003. Dans l'Aisne, en revanche, la DDASS et le conseil général se sont attachés à ce que les maisons de retraite privées, qui ont été les plus empressées à négocier des conventions (7 sur 18 avaient une convention fin 2003), ne soient pas les seules à bénéficier de l'enveloppe ; fin 2003, 12 maisons de retraite publiques avaient également signé une convention.

A Paris, on observe une situation différente, due au choix de conventionner en premier avec les établissements gérés par le centre d'aide sociale de la Ville de Paris, le CASVP, soit 13 établissements regroupant 2 532 lits.

Toutefois, partout, deux catégories d'établissements se sont peu conventionnées : les USLD et les logements-foyers : 335 USLD (un peu moins du tiers de ces établissements couvrant 42 000 places) avaient passé convention au 31 décembre 2004, et seulement 6,3 % des logements foyers (8 057 places) avaient fait de même¹⁴⁴.

143) Les autres étant remboursées par l'assurance maladie comme s'il s'agissait de soins de ville dispensés aux résidents.

144) Données fournies par le logiciel SAISEHPAD.

2 – Les fusions USLD/maisons de retraite restent assez rares

En donnant un cadre commun à tous les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, la réforme devait conduire à un rapprochement de certaines structures et notamment des unités de soins de longue durée (USLD) et des maisons de retraite rattachées aux établissements publics de santé. Si certains établissements ont effectivement réalisé la fusion d'USLD et de maisons de retraite, comme le centre départemental de long séjour d'Ajain (Creuse), le centre hospitalier de Versailles – hôpital Mignot - (Yvelines) ou l'hôpital de Belvès en Dordogne, d'autres ont hésité à la réaliser ou l'ont même refusée.

Certains établissements, comme celui d'Oloron-Sainte-Marie (Pyrénées-Atlantiques), ont estimé que les conditions de la fusion n'étaient pas totalement réunies (absence d'identité du site et des équipes). D'autres, comme celui de Beaumont-sur-Sarthe (Sarthe), ont fait valoir que les personnes accueillies dans les deux structures requéraient une prise en charge différenciée. Malgré les assurances du ministère de la santé, certains établissements craignent que la fusion leur fasse perdre leur statut hospitalier (centre hospitalier de Cornil, Corrèze). De son côté, le centre hospitalier universitaire de Rennes estime qu'une partie des lits des unités de soins de longue durée doit rester rattachée au secteur sanitaire.

La réduction du nombre de lits d'USLD et l'augmentation du nombre de lits de maisons de retraite hospitalières confirment l'existence d'un certain nombre de fusions. Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'une minorité d'établissements et qu'une grande partie des USLD refuse la logique du transfert de leur statut et de leur financement du champ sanitaire au champ médico-social. L'absence de redéfinition de la vocation des USLD a sans doute contribué aux réticences constatées.

B – Des résultats mitigés sur le plan de la qualité

Aucun bilan n'existe sur l'amélioration globale de la qualité du service rendu aux résidents.

Une étude de la DGAS, réalisée auprès des DDASS, a été publiée en janvier 2003. Cependant, outre le fait que seules 80 DDASS avaient répondu à l'enquête, les questionnaires portaient plus sur les procédures, par exemple l'engagement de l'évaluation préalable à la démarche qualité, que sur le contenu même des engagements conventionnels et a fortiori sur les résultats. Les réponses sont au surplus très dispersées et il est donc très difficile d'en tirer des conclusions. Il semble que les axes d'amélioration touchant à l'inscription dans un réseau gérontologique et ceux concernant les normes de sécurité (à fort impact sur le tarif d'hébergement) sont délaissés, mais en revanche que le personnel et notamment sa qualification constituent des axes importants pour les établissements. La Cour et les chambres régionales se sont efforcées de réunir des informations sur un certain nombre de points.

1 – Les constatations faites sur la qualité de la prise en charge des résidents

a) La démarche de projet d'établissement

Les CRC ont constaté que les établissements examinés avaient rarement élaboré le projet d'établissement prévu par le code de l'action sociale et de la famille. D'une part, la mise en œuvre des conventions pluriannuelles tripartites a souvent occulté cette obligation. D'autre part, ce qui est peu propice à l'élaboration de projets d'établissement, les maisons de retraite autonomes connaissent quelquefois une rotation du personnel de direction importante ou des intérimis confiés à des directeurs exerçant d'autres fonctions.

L'absence de projet d'établissement est d'autant plus regrettable que les établissements sont soumis à de très fortes évolutions et que la prise en charge de la personne âgée dépendante exige une meilleure articulation entre les secteurs médico-social, sanitaire et psychiatrique.

b) Le médecin coordonnateur

La désignation d'un médecin coordonnateur répond à un objectif de meilleure qualité de la prise en charge gériatologique. Il est l'interlocuteur médical du directeur de l'institution, des différentes administrations et des caisses d'assurance maladie. Il élabore et met en œuvre le projet de soins et coordonne les interventions de tous les prestataires de soins externes à l'établissement¹⁴⁵.

Lorsque l'établissement a pu désigner un médecin coordonnateur, l'apport est tangible. Dans le cadre du réseau gériatologique du sud des Landes, la maison de retraite de Saint-Martin-de-Seignanx et deux autres établissements font appel à une équipe de médecins coordonnateurs du centre hospitalier de Dax. Cette appartenance renforce les collaborations avec la filière d'hospitalisation gériatrique (hospitalisation de jour et soins de suite et de réadaptation) et donc avec les services de psycho-gériatrie du centre. Les médecins coordonnateurs ont aussi un rôle d'anticipation des évolutions démographiques et développent un maillage territorial qui favorise le maintien à domicile.

Cependant, la plupart des établissements ont rencontré des difficultés de recrutement liées à la spécificité du profil. Les médecins intéressés par cette fonction ont dû, de leur côté, suivre des formations leur conférant les titres requis. En outre, les délais nécessaires à la publication du décret relatif au médecin coordonnateur et aux professionnels de santé libéraux n'ont pas facilité la mise en œuvre de ce volet important de la réforme¹⁴⁶.

145) Le rôle du médecin coordonnateur est défini dans le cahier des charges de la convention pluriannuelle joint à l'arrêté du 26 avril 1999.

146) Le décret sur les médecins coordonnateurs, dissocié de celui sur la rémunération des médecins libéraux, a été publié au journal officiel le 28 mai 2005. (Décret n°2005 56 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant les personnes âgées dépendantes mentionnées au I de l'article L. 313-12 du CASF).

c) Les relations avec les établissements sanitaires

Le dispositif d'accueil des personnes âgées dépendantes présente l'inconvénient de provoquer des ruptures préjudiciables à la santé et à l'autonomie de la personne âgée : passage du domicile à l'établissement, de l'hébergement à l'hospitalisation. Afin de les prévenir et d'améliorer la qualité des soins dispensés, il a été recommandé aux établissements d'établir des complémentarités avec les acteurs du maintien à domicile et les établissements de santé, y compris les établissements psychiatriques. Certes, des liens existent avec les établissements de santé mais ils ont rarement donné lieu à la conclusion de conventions. Si cette formalisation n'est pas indispensable, on constate que lorsque les établissements en ont signé, leurs agents ont bénéficié des aides et conseils des partenaires (par exemple la maison de retraite de Saint-Martin-de-Seignanx, précitée), la prise en charge des personnes âgées a été améliorée (centre hospitalier de Gien, Loiret) et les moyens en personnel ont été mutualisés (hôpital local de Beaumont-sur-Sarthe, Sarthe).

d) Les personnels supplémentaires financés par l'assurance maladie

Plusieurs sources sont disponibles mais donnent des résultats peu cohérents. En s'appuyant sur les chiffres les plus récents disponibles lors de l'enquête, ceux résultant de SAISEHPAD au 10 octobre 2003, on peut avancer que 1 840 conventions ont eu pour résultat la création nette de 7 616 emplois d'aides-soignants et infirmières diplômées, soit 4,2 équivalents temps plein de soignant par convention pour un nombre moyen de lits proche de 78¹⁴⁷. Par ailleurs, il n'est pas évident que, dans la pratique, cette amélioration théorique du taux d'encadrement se traduise par une amélioration de la prise en charge des résidents¹⁴⁸. Extrapolé à 8 000 conventions, ce chiffre donnerait un accroissement final de 33 600 ETP soignants et augmenterait le taux d'encadrement en personnel soignant par lit de 25 % par rapport au taux constaté dans l'enquête HID de 1998 (+0,049 par rapport à 0,20). Il est cependant vraisemblable que les établissements ont, dans le même temps, diminué leur recours à des infirmières libérales.

147) Selon l'extraction de SAISEHPAD au 1^{er} août 2005, il y aurait 4 052 conventions signées, ayant créé 26 705 emplois, dont 21 001 emplois d'aides-soignants et 5 704 emplois d'infirmiers diplômés, soit 6,6 équivalents temps plein par convention.

148) La nouvelle répartition des charges entre les trois sections a fait basculer en financement assurance maladie des emplois déjà existants ; c'est le cas d'un tiers des emplois supplémentaires financés par l'assurance maladie. Les chiffres qui suivent sont des chiffres redressés pour neutraliser l'effet de ce basculement.

2 – L'hétérogénéité persistante de l'hébergement et la persistance de problèmes qualitatifs graves

Les contrôles d'établissements effectués par les chambres régionales des comptes ont fait ressortir l'hétérogénéité persistante du parc et des conditions offertes aux résidents, mais aussi l'existence d'insuffisances graves.

a) Les maisons de retraite et les USLD : trois groupes

Parmi les établissements examinés, peu répondent au cahier des charges des conventions pluriannuelles (arrêté du 26 avril 1999). Ils peuvent être classés en trois groupes.

Seuls les établissements de conception récente, ou réhabilités récemment, sont en mesure de répondre aux recommandations du cahier des charges relatives aux espaces (privés, collectifs et spécifiques), à l'accessibilité, à la sécurité et à l'hygiène. Ces établissements représentent environ 26 % de l'échantillon examiné. Encore faut-il préciser qu'ils ne sont pas forcément adaptés pour l'accueil des personnes atteintes de « désorientation », notamment celles qui souffrent de la maladie d'Alzheimer.

Le groupe le plus important, représentant 61 % de l'échantillon, est constitué des établissements qui, très généralement, ont reçu un avis favorable des commissions de sécurité compétentes et peuvent donc poursuivre leur activité mais ne satisfont plus à toutes les conditions d'hébergement actuelles (espaces privés exigus, petit nombre de chambres individuelles, espaces collectifs insuffisants). Ils conduisent - ou envisagent - des actions de restructuration.

Le dernier groupe (13 % de l'échantillon) comprend des établissements qui n'ont pas achevé le programme d'humanisation lancé en 1975 et dont les efforts de rénovation doivent être poursuivis. Trois établissements contrôlés se trouvent dans cette situation : la maison de retraite d'Ambès (Gironde), celle de Coucy-le-Château (Aisne) et celle de la Vallée au blé à Vervins (Aisne).

Les constatations des CRC corroborent les résultats de l'enquête EHPA 2003¹⁴⁹. Celle-ci fait en particulier ressortir que 37 % des chambres sont d'une superficie inférieure aux objectifs de taille fixés par le cahier des charges et que près de la moitié (48 %) des chambres ne sont pas équipées de douches.

149) DREES, Etudes et résultats n° 380, mars 2005.

b) Les logements-foyers : rénovation et réhabilitation ou fermeture

Les contrôles effectués sur les CCAS de plusieurs grandes villes montrent que ces structures possèdent un parc relativement important de logements-foyers réalisés dans les années 1970, comme à Caen (580 logements), Grenoble (505 logements) ou Bordeaux (809 logements).

Elles sont confrontées à deux difficultés principales.

En premier lieu, la vétusté du parc implique des travaux de mise aux normes et de réhabilitation des logements d'autant plus importants que l'entretien et les grosses réparations n'ont pas été régulièrement effectués (CCAS de Bordeaux).

En second lieu, l'application de la réforme de la tarification et de son volet qualité rend également nécessaires des investissements de modernisation des locaux¹⁵⁰.

Sous l'effet notamment de l'élévation de l'âge d'entrée en logement-foyer, la dépendance des résidents s'est accrue. Au CCAS de la Tranche sur Mer (Vendée), la moyenne d'âge des résidents est de 88 ans. Au CCAS de Caen, l'âge moyen d'entrée est passé de 76,4 ans en 2000 à 81,5 ans en 2003. Au CCAS de Grenoble, 21 % des 460 résidents étaient âgés de plus de 90 ans en 2002. Les établissements de ces deux derniers CCAS accueillent des personnes très majoritairement classées en GIR 5 et 6 et ils n'hébergent pas de personnes classées en GIR 1, mais les personnes classées en GIR 2-3 et 4 représentent respectivement 12 et 22 % de la population accueillie. Ces structures, conçues pour accueillir des personnes âgées valides, constituent un intermédiaire entre le domicile et la maison de retraite, et permettent une prise en charge graduée de la dépendance. Néanmoins, elles ne sont pas adaptées à la grande dépendance.

Cette inadéquation conduit les personnes les plus dépendantes à les quitter pour rejoindre un établissement mieux adapté. Au CCAS de Caen, depuis 2001, plus de 50 % des départs sont liés à une perte d'autonomie du résident.

Ces différents facteurs provoquent une désaffection de certains logements-foyers qui se traduit par une dégradation des taux d'occupation de 91 % en 2001 à 89 % en 2003 au CCAS de Bordeaux, de 97,9 % en 1999 à 93,6 % en 2003 au CCAS de Caen. Le CCAS d'Alfortville, confronté à de réels problèmes d'équilibre d'exploitation de ses

150) Environ la moitié des logements-foyers est concernée par la réforme qui s'impose à ces structures dès lors que leur GMP est supérieur à 300.

résidences, a dû fermer de petites unités particulièrement touchées par la désaffectation et comportant des charges fixes trop importantes. L'équilibre d'exploitation doit souvent être obtenu par une augmentation de la subvention des villes de rattachement.

Dans ces conditions, les logements-foyers sont amenés à se transformer en EHPAD, soit totalement (CCAS de la Tranche s/Mer), soit partiellement (CCAS de Caen, de Grenoble).

La transformation de ces résidences en EHPAD rend nécessaires des travaux d'adaptation quelquefois importants, et donc des financements substantiels. Le coût de la mise aux normes dans le cadre d'un passage en EHPAD a été estimé entre 7 600 € et 9 100 € par logement au CCAS de Grenoble qui a choisi de transformer deux de ses 8 logements-foyers en EHPAD et d'y transférer les personnes les plus dépendantes. Certains établissements (CCAS de Caen) considèrent que la mission principale de ces structures est d'accueillir des personnes âgées souffrant plus de solitude que de dépendance, et qu'ils répondent encore à des besoins.

3 – Une offre mal adaptée aux nouveaux besoins

L'offre demeure mal adaptée aux personnes désorientées, malgré quelques avancées.

a) Peu d'alternatives à l'hébergement complet

L'accueil de jour et l'accueil temporaire sont peu pratiqués. Le nombre de places est inférieur à 2 % du nombre de lits de maison de retraite. Ce manque de diversification de l'offre est l'une des limites du maintien à domicile comme exposé précédemment¹⁵¹.

Les constatations faites par les chambres régionales confirment l'observation faite au plan national de la très lente mise en œuvre des deux plans Alzheimer successifs.

151) Cf. supra chapitre I-II-D-2 de cette partie.

b) L'hébergement complet rarement adapté

Les établissements accueillent une proportion de plus en plus élevée de personnes désorientées et notamment victimes de la maladie d'Alzheimer.

La cohabitation de personnes légèrement désorientées et des autres résidents est possible sous réserve que les proportions restent équilibrées et qu'un travail d'information soit entrepris auprès des autres usagers et des familles. En revanche, lorsque les personnes sont gravement désorientées ou que leur proportion croît, les établissements sont contraints de prendre des dispositions particulières afin, en particulier, de prévenir les fugues et de préserver la tranquillité des autres résidents.

Peu d'établissements ont pris les mesures adaptées. Toutefois, quelques établissements au nombre desquels figurent le centre hospitalier régional de Rennes, le centre hospitalier de St Sever (Landes) et la maison de retraite de Pessac (Gironde), ont pris des mesures spécifiques pour répondre à ces difficultés.

Le centre hospitalier régional de Rennes dispose ainsi d'un hôpital de jour de cinq places ayant pour mission l'évaluation et le suivi des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une pathologie apparentée. En 2002, le centre hospitalier de Saint-Sever (Landes) a ouvert une unité de soins de longue durée de 12 lits destinés aux personnes atteintes de déficit cognitif.

La maison de retraite de Pessac (Gironde), ouverte en 2002, s'est inscrite dans la démarche du programme annoncé en octobre 2002 par le secrétariat d'Etat aux personnes âgées pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Il s'agissait d'intégrer les contraintes propres à l'hébergement de ces personnes dans l'architecture et d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes atteintes de troubles démentiels. Cet établissement dispose donc d'une unité spécifique de 14 chambres spécialement aménagées pour garantir la sécurité des résidents et la dignité des personnes.

C – Un problème de capacité non pris en compte jusqu'en 2004

1 – La situation actuelle

De 1996 à 2002, le taux d'équipement moyen a diminué, passant de 166 lits à 140 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (+ 4 % de places installées pour une augmentation de + 23 % de la population concernée)¹⁵².

Depuis la mise en oeuvre du plan Guinchard-Kunstler, en 2001, les moyens financiers nouveaux notifiés aux régions ont été concentrés sur la médicalisation des places existantes et ne comportaient aucun crédit destiné à la création de capacités nouvelles, alors que le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans devrait doubler en 20 ans.

Par ailleurs, si les pouvoirs publics ont incité les départements à évaluer les besoins prévisibles dans le cadre des nouveaux schémas gérontologiques définis dans la loi du 2 janvier 2002, cette dernière a disposé que toute autorisation de lit supplémentaire, même ayant reçu l'avis favorable du CROSS et compatible avec le schéma gérontologique, ne peut être accordée que si les crédits d'assurance maladie correspondants sont réellement et immédiatement disponibles dans la dotation notifiée aux DDASS. Ces crédits sont gelés dès l'octroi de l'autorisation et jusqu'à la mise en oeuvre de celle-ci, qui doit intervenir dans les trois ans¹⁵³.

Cette mesure, inspirée par un souci de saine gestion (ne pas obérer les financements futurs), peut aboutir à des blocages. L'exemple du département d'Ille-et-Vilaine est à cet égard illustratif : le schéma gérontologique cosigné par le préfet et le président du conseil général a recensé un besoin de 4 400 lits d'ici 2008 et inscrit la création de 1 200 lits pour la période 2001-2006. Depuis 2002, 258 créations de lits ont cependant été refusées malgré leur conformité au schéma approuvé et l'avis favorable du CROSS.

152) Cf. annexe 6. Tableau 3.

153) Le projet d'ordonnance à prendre pour l'application de l'art. 72 de la loi du 9 décembre 2004 de simplification du droit vise à assouplir le lien entre autorisation et financement d'un établissement ou d'un service et de ne plus soumettre l'autorisation à la disponibilité des crédits sur l'exercice d'autorisation.

Ces données doivent être complétées par la grande disparité constatée entre les départements, dont les taux d'équipement varient entre 56 et 269 lits pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. Les taux d'équipement en places de SSIAD ou l'importance de l'offre infirmière libérale sont eux-mêmes très inégaux entre les départements, on l'a vu, mais aucune corrélation n'existe : les départements où l'équipement en places d'hébergement est important ont une offre d'aide à domicile tantôt suffisante, tantôt insuffisante.

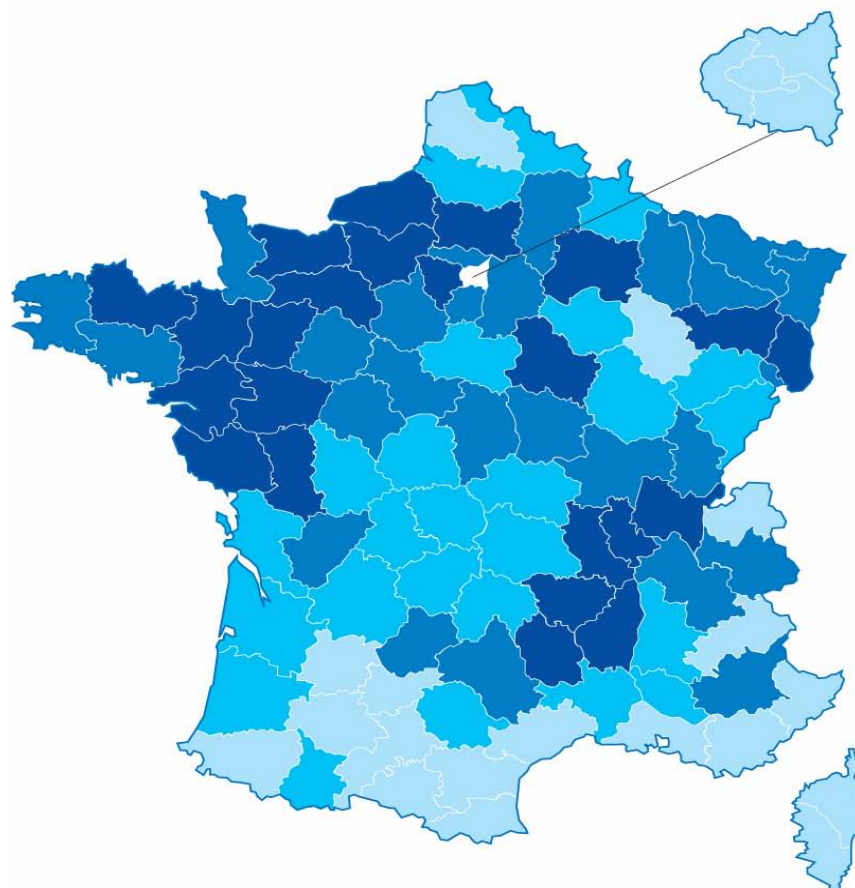
Dans l'échantillon examiné, tantôt l'offre existante est suffisante en volume et en qualité pour accueillir les personnes âgées du département (voire excédentaire), et est le fruit d'une politique d'investissement et de réhabilitation poursuivie pendant de nombreuses années, tantôt l'offre existante est d'ores et déjà jugée insuffisante ou inadaptée.

Paris figure parmi les départements déficitaires. Selon une étude de la DRASS réalisée en novembre 2002, seulement 37,8 % des Parisiens entrés en établissement étaient accueillis dans des établissements parisiens, les autres étant contraints de trouver une maison de retraite hors de Paris faute de places ou en raison de la cherté des places existantes (du fait du coût élevé du foncier, les seuls établissements créés ces dernières années l'ont été dans le secteur privé à but lucratif).

La situation en Haute-Garonne est similaire : malgré une augmentation du nombre d'établissements de plus de 10 % en cinq ans et du nombre de lits de plus de 12,5 %, le taux d'équipement en lits pour mille habitants de 75 ans et plus reste inférieur aux moyennes régionale et nationale (120 contre 123 en moyenne régionale et 140 en moyenne nationale). Dans les Vosges ou dans l'Aisne, l'offre existante est d'ores et déjà excédentaire et ces deux départements accueillent des personnes âgées venant d'autres départements.

L'hétérogénéité des situations ne peut manquer d'avoir des conséquences sur les investissements à réaliser, et donc sur les financeurs, dont l'usager.

Nombre de places en établissements hébergeant des personnes âgées
(pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus en 2001-2002)



Places pour 1 000 personnes âgées



Sources : SAE 1996 et 2001 ; EHPA 1996 ; FINESS
(extraction au 30/08/2002) ; INSEE ; Calculs DREES

2 – L'évaluation des besoins

Les évaluations disponibles résultent des projections élaborées dans les schémas gérontologiques départementaux (besoins en lits estimés à environ 36 000 lits d'ici 2008, dessinant une tendance de + 40 000 lits d'ici 2010) et des travaux demandés par les pouvoirs publics après la canicule d'août 2003 pour élaborer le plan « vieillissement et solidarité » (le chiffre de 100 000 places d'ici 2010 est mentionné dans le rapport du groupe n° 2). L'écart entre les deux évaluations est donc très important.

Par ailleurs, la simple observation des files d'attente conduit à majorer les besoins réels.

Les files d'attente

A partir d'une constatation faite par la CRC des Pays de la Loire l'enquête a montré que dans plusieurs départements, le fort taux d'occupation des établissements et l'existence de listes d'attente conduisaient les personnes et les familles à procéder à des inscriptions multiples. Ayant obtenu satisfaction, les familles omettent souvent d'annuler les demandes dans les autres établissements. Révélatrice des tensions résultant d'une offre insuffisante et de l'inquiétude des familles, cette situation, outre les réactions qu'elle provoque, a aussi pour conséquence l'impossibilité de disposer de données fiables sur la réalité de cette insuffisance. Diverses solutions sont envisageables pour résoudre ce problème et permettre une gestion active et efficace des listes d'attente. Toutes exigent une étroite collaboration et des relations de confiance entre les établissements et la collectivité départementale permettant une gestion active et efficace des listes d'attente.

La combinaison de ces éléments et des constatations tirées de l'enquête des juridictions financières démontre qu'une évaluation plus précise du nombre des places nécessaires est indispensable.

A la suite d'un rapport de l'IGAS de septembre 2004¹⁵⁴ constatant l'absence de données et de chiffreages crédibles sur l'effort d'investissement à consentir afin de rénover ou créer les structures indispensables pour faire face à l'accroissement du nombre des personnes âgées dépendantes d'ici 2015, le commissariat général du plan a été chargé d'évaluer le besoin de places nouvelles au cours des dix prochaines années dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et d'examiner les conditions de financement des opérations de construction.

154) Préfiguration d'une étude prospective sur l'investissement dans le secteur médico-social pour personnes âgées, septembre 2004.

Cette démarche est tardive, au regard d'enjeux déjà connus depuis de nombreuses années. Ce type d'étude devrait s'appuyer sur une méthodologie rigoureuse. En particulier, compte tenu de la diversité des situations locales, cette évaluation ne peut se construire de façon fiable qu'à partir de schémas gérontologiques départementaux à jour et couvrant l'ensemble du territoire national. Un tel exercice de prospective ne saurait en outre se concevoir sans prendre en compte l'évolution de la demande de maintien à domicile et la capacité de réponse de l'environnement familial, ainsi que l'offre de services permettant de satisfaire les besoins dans ce domaine.

D – Le bilan financier pour les financeurs publics et pour les résidents

Le bilan financier de la réforme est difficile à réaliser pour plusieurs raisons :

- ce bilan ne peut se fonder que sur les conventions signées (3732 sur 8000), lesquelles ont concerné plus particulièrement certaines catégories d'établissements et rendent de ce fait toute extrapolation fragile ;

- au plan macro-économique, les informations disponibles concernent essentiellement les dépenses d'assurance maladie, alors que les répercussions des conventions signées sur les autres tarifs (hébergement et dépendance) et les autres financeurs (résidents et aide sociale dont APA) ne font pas l'objet d'analyses nationales ; la Cour a cependant estimé, en comparant la situation avant et après réforme, que la croissance des recettes procurées aux établissements par le biais des conventions avait été financée à hauteur de 59% par l'assurance maladie, de 24% par les résidents, de 17% par l'aide sociale ;

- au plan micro-économique, les CRC ont relevé une grande hétérogénéité de situations et une diversité des modalités de gestion des établissements qui limitent la mesure de l'impact de la réforme sur leurs tarifs soins et hébergement et font obstacle aux comparaisons et à une évaluation des effets de convergence recherchés entre établissements¹⁵⁵. Par exemple, les modalités d'investissement ainsi que la qualité de la gestion administrative et financière des établissements peuvent peser sur les tarifs d'hébergement imposés aux résidents.

Deux facteurs de variabilité d'un établissement à l'autre doivent être mentionnés : d'une part, l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) qui s'est mise en place concomitamment à la réforme tarifaire et s'est accompagnée de la création de postes, dont le coût a pesé sur les trois tarifs et qu'il n'est pas facile d'isoler du coût de la convention, d'autre part l'étalement sur cinq ans de la mise en œuvre des conventions qui, variable selon les établissements, fait obstacle à une évaluation de la convergence, pourtant mesurable par des indicateurs élaborés au niveau régional et départemental¹⁵⁶.

Les hôpitaux locaux de Beaumont sur Sarthe et d'Evron, estiment que les effets de la réforme de la tarification et du financement ont simplement permis de compenser le coût de l'ARTT et de mieux répartir les charges entre les différents financeurs, sans améliorer la qualité du service rendu. Toutefois, plusieurs établissements ont saisi cette occasion pour réorganiser le service (maison de retraite de Montpon, Dordogne) ou « remettre à plat » les régimes des horaires de travail et des congés (centre de long séjour d'Ajain, Creuse).

La question de la maîtrise globale des financements de l'assurance maladie et des projections financières liées à la poursuite de la réforme est traitée dans la 2^{ème} partie.

155) Les CRC ne sont pas compétentes pour contrôler les établissements privés, qu'ils soient à but lucratif ou non lucratif. Le montant des tarifs d'hébergement des établissements non habilités à l'aide sociale ne sont pas réglementés ; ils sont seulement soumis à une limitation annuelle des taux d'évolution des prestations sous le contrôle des directions départementales de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (articles L. 342-1 à L. 342-6 du CASF).

156) Cet étalement semble cependant avoir été peu mis en œuvre (dans 4 % des cas, selon le bilan réalisé par la DHOS en janvier 2003 sur l'échantillon BASILE -cf glossaire-), la totalité des mesures nouvelles ayant été généralement attribuées dès la première année de la convention.

1 – Les tarifs « soins »

La mise en place d'instruments de mesure de la dépendance a eu un impact positif sur le calcul des tarifs « soins ». En revanche les modalités de fixation des forfaits de soins ont eu des effets inflationnistes.

a) La mesure de la dépendance a constitué un progrès

Lors de leurs contrôles, les chambres régionales ont constaté que la précision de la grille d'évaluation AGGIR, l'utilisation du logiciel spécialisé GALAAD¹⁵⁷ et le contrôle mis en place ont facilité l'évaluation de la dépendance et contenu la tendance à la surestimation de son poids.

La mesure de la dépendance est considérée par les responsables des établissements comme le gage d'une meilleure allocation des moyens. Les directeurs d'établissements qui accueillent des personnes souffrant de troubles psychiatriques estiment toutefois que la grille d'évaluation AGGIR ne prend pas suffisamment en considération les difficultés de leur prise en charge. Par ailleurs, l'évaluation de la charge en soins destinée à la prise en charge des polypathologies, qui fait l'objet actuellement d'un financement forfaitaire, devrait être revue et affinée¹⁵⁸.

b) Le mode de fixation de la dotation assurance maladie ne permet pas en revanche une maîtrise des dépenses

Le financement de la réforme par l'assurance maladie a dépassé les prévisions, d'une part parce que les dotations négociées par les DDASS n'ont pas respecté le plafonnement de la DOMINIC et se sont établies, comme déjà indiqué, à un niveau moyen de DOMINIC + 51,6¹⁵⁹, d'autre part parce que les dépenses de ville remboursées aux résidents en sus des forfaits n'ont pas été maîtrisées. Evaluées à 1,5 Md€ en 1999, au démarrage de la réforme, ces dépenses devaient être majoritairement incluses dans la dotation de l'assurance maladie et représenter 44% du coût des conventions. Toutefois, le ministère indique qu'elles n'en

157) « Gérontologie approche logistique pour une aide à l'analyse et à la décision » (logiciel d'évaluation de l'autonomie de la personne âgée développé par le service médical de l'assurance maladie).

158) Par le biais des points GIRS. La grille d'évaluation PATHOS est désormais opérationnelle.

159) Sous l'effet notamment du clapet anti-retour.

représentent que 20%. Cela signifie a contrario que l'assurance maladie apporte aux établissements, par le biais des soins de ville remboursés aux résidents, un financement d'environ 1,35 Md€ qui s'ajoute au versement des forfaits. Contrairement à la demande formulée par la Mission MARTHE dès 1999, aucun dispositif n'a été mis en place pour suivre les dépenses de soins de ville afférentes aux résidents.

Le périmètre des prestations et produits inclus dans le périmètre des forfaits est en effet complexe. En premier lieu, les tarifs des établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées dépendantes qui ne sont pas dotés d'une pharmacie à usage intérieur ne comprennent pas les médicaments. En second lieu, dans le cadre de la convention tripartite, les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ont la possibilité d'opter pour un forfait partiel ou global.¹⁶⁰

Le tarif journalier partiel n'inclut ni les dépenses de rémunération et de prescription des médecins généralistes libéraux intervenant dans l'établissement, ni la rémunération des auxiliaires médicaux libéraux à l'exception des infirmières, ni les examens de biologie et de radiologie.

Les USLD ont généralement opté pour le tarif global. En revanche, 86% des structures médico-sociales, rattachées ou non à un établissement hospitalier, ont opté pour le forfait partiel, en l'absence d'informations fiables sur le profil médical des personnes hébergées et d'engagements précis sur le financement du tarif global¹⁶¹.

Le système des forfaits partiels ne va pas dans le sens de la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie. Celle-ci doit en effet à la fois financer le tarif partiel et rembourser en plus aux patients hébergés les dépenses qu'il ne couvre pas et qui, ne donnant lieu à aucune forfaitisation, peuvent augmenter sans possibilité réelle de contrôle. Il ne va pas davantage dans le sens de la transparence et de la vérité des coûts.

160) Par ailleurs, diverses prestations comme l'hospitalisation, les transports sanitaires, les honoraires des médecins spécialistes libéraux ne sont pas compris dans le forfait soins. Ces exceptions sont vraisemblablement inévitables mais contribuent à ce que le forfait ne couvre pas tous les soins à la charge de l'assurance maladie.

161) Un peu moins de 85 % des 3 740 conventions signées fin 2004 correspondaient au choix du tarif partiel pour la dotation soins et 717 conventions, soit 19,2 % de l'ensemble, concernaient des établissements disposant d'une pharmacie à usage intérieur (PUI). A noter aussi que 1 273 conventions ont été signées avec une clause d'effet mécanique (34 %) et 1 388 avec un « clapet anti-retour » (37,1 %).

c) Un dispositif de convergence qui n'atteint que partiellement ses objectifs

Quand la nouvelle dotation était inférieure au forfait précédemment alloué, l'établissement a continué à bénéficier, on l'a vu, grâce au « clapet anti-retour », de la prise en charge par l'assurance maladie antérieurement acquise.

Dans un contexte de moyens financiers limités, ce dispositif, peu économe des deniers de l'assurance maladie, est également peu propice à la politique de convergence, qui constitue pourtant un pan important de la réforme.

De plus, il a été constaté que l'excédent de dotation de l'assurance maladie a été utilisé à des fins très variées qui, parfois, ne relevaient pas de l'assurance maladie.

Tel a été le cas, en 2002 et 2003, des maisons de retraite de Coucy-le-Château et de La Capelle (Aisne), pour lesquelles le mécanisme du clapet anti-retour a servi à limiter la hausse du tarif de l'hébergement.

A contrario, les juridictions financières ont relevé, lors de leur enquête, des situations où l'excédent de dotation de l'assurance maladie était utilisé pour renforcer les soins. En 1999, le conseil général de la Corrèze a ainsi décidé de financer la création de 30 postes d'aides médico-psychologiques (AMP) du centre hospitalier gériatrique de Cornil (Corrèze). Lors de la mise en place de la tarification ternaire, il a été convenu que la masse salariale de ces AMP resterait à la charge du département au lieu d'être imputée à hauteur de 70 % à la section soins et de 30 % à la dépendance. L'établissement a ainsi disposé d'un excédent de dotation de près de 687 000 € pour ces deux unités d'accueil et l'a utilisé à hauteur de 615 800 € pour renforcer l'effectif de personnel soignant.

2 – Les tarifs de l'hébergement

La diversité relevée dans les modalités et la qualité des gestions des établissements doivent inciter à la prudence dans les comparaisons, encore limitées, effectuées sur l'évolution des tarifs d'hébergement depuis le début de la réforme.

a) Les modalités de gestion des établissements pèsent sur les tarifs d'hébergement

La politique d'investissement

La construction ou la réhabilitation des locaux destinés à l'hébergement peuvent bénéficier de subventions d'investissement en provenance du département (variables selon les départements) et de prêts sans intérêts de la caisse régionale d'assurance maladie, qui en finance environ 16 %. Dans certains cas, l'opération s'inscrit dans le cadre d'un contrat de plan Etat-Région. Ces aides à l'investissement réduisent les charges d'exploitation et ont une incidence directe sur les coûts de la section d'hébergement.

Certains établissements ont recours à un tiers, chargé à la fois de financer et de réaliser l'équipement. L'opérateur, qui est souvent un office public ou une société HLM, le mettra ensuite à la disposition de l'établissement par un contrat de location. Ce montage offre des facilités aux établissements mais peut se révéler plus coûteux que la réalisation directe. Il est regrettable que certains établissements ne procèdent pas, avant d'adopter une telle démarche, à un calcul économique qui leur permette de choisir la solution la moins onéreuse pour les futurs usagers. Cette remarque a été notamment formulée à l'occasion du contrôle de la maison de retraite de Pessac (Gironde).

Le recours à un office ou à une société d'HLM permet toutefois de faire bénéficier les résidents de l'aide personnalisée au logement ; le constructeur lui-même bénéficie du taux réduit de TVA (5,5 % au lieu de 19,6 %) réservé aux constructions ouvrant droit à l'APL. Des opérations de construction menées par des collectivités locales (par les communes et les CCAS) ont de même reçu des attributions du fonds de compensation de la TVA alors que les opérations conduites par d'autres opérateurs publics (établissements sociaux et médico-sociaux, établissements de santé) ou privés ne sont pas éligibles à ce fonds.

En réalité, le financement des établissements n'est pas unifié. Il dépend du statut juridique de l'établissement et du montage juridique et financier. En outre, à forme et montage juridiques identiques, les charges sur la section de l'hébergement peuvent varier de façon significative en fonction de la politique adoptée pour l'amortissement des biens immobiliers, ce qui modifie le coût et le tarif de l'hébergement. Aussi convient-il d'être très prudent pour comparer les tarifs de la section d'hébergement.

La fiabilité des comptes

La réforme tarifaire, fondée sur une connaissance précise des coûts de l'hébergement, de la dépendance et des soins, exige que les comptes des établissements soient fiables. Or certains établissements ne respectent pas les principes budgétaires et comptables, notamment celui du rattachement des charges à l'exercice. Dans ces conditions, leurs comptes ne relatent pas l'intégralité des charges (dotations aux amortissements, primes de service des agents, frais financiers, reprise des exercices antérieurs) et minorent les coûts, donc les tarifs.

Une mauvaise prévision des recettes peut conduire à une situation déficitaire qui devra être couverte par une majoration des tarifs d'hébergement les années suivantes, comme pour les maisons de retraite d'Hasparren (Pyrénées-Atlantiques) et de la Vallée au Blé à Vervins (Aisne).

La sincérité des comptes

Dans les hôpitaux, les opérations des structures accueillant des personnes âgées sont décrites dans des budgets annexes. Les prestations de services ou fournitures (administration, pharmacie, restauration, lingerie et blanchisserie) faites par l'hôpital pour les budgets annexes doivent être facturées à leurs coûts réels. Or, pour diverses raisons, et notamment pour contenir l'évolution du prix de journée, des hôpitaux n'ont pas facturé leurs prestations aux coûts réels, ce qui a minoré les charges des budgets annexes. Le ministère de la santé a souhaité mettre fin à ce transfert de charges et a lancé, en 2001, une opération de sincérité des comptes mais le subventionnement de fait par le budget principal de l'hôpital demeure cependant fréquent et globalement élevé¹⁶².

162) Au CHR de Rennes, les charges supportées par le budget hospitalier représentent 22 % des charges des USLD et concernent la section tarifaire des soins à hauteur de 83 % et la section tarifaire de la dépendance pour 17 %.

L'hôpital Mignot de Versailles (Yvelines) a engagé cette clarification dès l'exercice 2000 en accord avec le président du conseil général, autorité de tarification de l'hébergement. L'opération de sincérité des comptes va de même affecter à la hausse les tarifs d'hébergement des maisons de retraite des centres hospitaliers de Bretagne Sud et de Gien, à hauteur de 8 et 13 %. A l'hôpital local d'Evron (Mayenne), l'augmentation induite du tarif hébergement de la maison de retraite a été de 18 % en 2003 et 10 % en 2004.

Au niveau global, le subventionnement indu –et donc les transferts de charges à opérer- était évalué à 0,8 Md€ (dont 0,56 de subvention à l'hébergement et le reste aux soins et à la dépendance). La DHOS considère qu'à la fin de l'année 2004, l'opération sincérité des comptes était réalisée, au mieux, à hauteur de 30 % alors que 55 % des lits concernés étaient conventionnés et que 250 à 300 M€ resteront masqués dans les budgets hospitaliers à la charge de l'assurance maladie. Devant les réticences de divers ordres (établissements de santé, départements) qui entravent la réalisation de cette opération d'intérêt général, il est important qu'une volonté politique forte se manifeste pour obtenir les résultats envisagés.

b) Les effets tarifaires de la réforme pour les résidents

Sous les réserves formulées à propos des répercussions de la gestion des établissements sur les coûts, il est possible de constater de premiers effets de la réforme sur les tarifs d'hébergement.

En transférant une partie des charges sur la nouvelle section tarifaire de la dépendance, la mise en place de la réforme de la tarification et du financement a provoqué presque systématiquement une baisse des tarifs de l'hébergement entre 2001 et 2002.

Deux estimations de l'évolution des coûts ont été réalisées depuis la mise en œuvre de la réforme¹⁶³.

163) D'une façon générale, le coût de l'hébergement acquitté par l'utilisateur n'est pas connu par les DDASS. Quant aux services des départements, ils ne connaissent que les prix de journée des établissements habilités à l'aide sociale.

Dans une enquête réalisée par les inspections générales des affaires sociales, des finances et de l'administration en 2002, le coût total, hébergement et talon¹⁶⁴, dans 9 départements observés et pour les seuls établissements habilités à l'aide sociale, ressortait en moyenne à 42,90 € par jour en 2001 et à 41,30 € en 2002, avec une augmentation dans trois départements et une baisse dans les six autres.

Une enquête conduite par la CNAVTS en janvier 2004 auprès de l'ensemble des CRAM faisait apparaître un coût moyen journalier de résidence (hébergement + talon), pour une personne âgée en USLD ou en maison de retraite à but non lucratif, de 42,50 € en 2003, 41,99 € en 2001 et 40,69 € en 2002 avant intervention de l'aide sociale¹⁶⁵.

De son côté, la Cour, à partir des chiffres fournis par les dix départements de son échantillon, a établi un tableau présentant l'évolution des tarifs d'hébergement de 2000 à 2003 dans les établissements habilités à l'aide sociale. Sur les 9 départements pour lesquels les données sont disponibles, le coût moyen de l'hébergement pour l'utilisateur baisse dans huit cas, mais de manière inégale suivant les départements¹⁶⁶.

Cependant, pour connaître le coût moyen total du séjour en établissement de l'utilisateur, il convient d'ajouter la part restant due par l'utilisateur au titre du tarif dépendance¹⁶⁷.

Dans les 10 départements de l'échantillon, l'évolution de la facture (hébergement + ticket modérateur) pour l'utilisateur ou la collectivité départementale est en majorité à la hausse sur la période 2000-2003. Toutefois pour quatre départements (Rhône, Aisne, Paris, Var) le coût total est en diminution.¹⁶⁸

164) Pour mesurer l'évolution de la charge supportée par les personnes hébergées, il faut ajouter au prix de l'hébergement le ticket modérateur (ou talon) laissé à leur charge sur le tarif dépendance.

165) Cf. chapitre préliminaire III – C.

166) Voir annexe 6, tableau 6. En 2004, dans 6 départements sur les 8 ayant produit des données actualisées, le prix moyen de l'hébergement est encore inférieur à celui de 2000.

167) Voir annexe 6, tableau 6 bis.

168) Baisse de 1,7 % du coût moyen dans le Rhône, de 2,1 % dans le Var, de 3,8 % dans l'Aisne et de 10,5 % à Paris. Sur la période 2000-2004 pour les 8 départements pour lesquels les données sont disponibles, 6 connaissent des hausses de coût moyen mensuel allant de + 7 % à + 16,3 %.

Les tendances relevées par la Cour corroborent donc celles qu'ont observées les trois inspections générales et la CNAVTS :

- une baisse de la facture à la charge du résident en 2002, suivie d'un renchérissement en 2003 dans la plupart des départements ;
- un prix de journée de l'ordre de 42 € par jour, soit une charge s'établissant entre 1 260 et 1 275 € par mois en 2003.

Dans certains départements, les responsables des DDASS ont indiqué que la cherté des hébergements suscitait des phénomènes de fuite vers d'autres départements ou vers des zones rurales (comme à Paris où les prix restent très élevés malgré la diminution des coûts moyens entre 2002 et 2003) voire le retour ou le maintien à domicile (Haute-Garonne).

On note aussi une variation des coûts d'un département à l'autre, qui reflète les différentes politiques pratiquées par les départements. Ainsi, dans l'Aisne, on l'a vu, le choix a été fait de maintenir un coût de l'hébergement relativement bas en affectant les recettes procurées par le « clapet anti-retour » en atténuation de la section tarifaire hébergement, pratique contraire à la réglementation.

Ces données restent partielles et des facteurs tels que le nombre de lits par établissement, la vétusté ou non des équipements, les taux d'encadrement, doivent également être pris en compte.

En dehors des travaux déjà cités, la Cour constate que peu d'informations sont disponibles sur le sujet. Il est regrettable que la plupart des services de l'Etat, et notamment ceux qui pilotent la réforme tarifaire, ne se soient pas donné les moyens de suivre l'évolution des coûts supportés par l'usager et qu'aucune enquête statistique n'ait encore été menée dans ce domaine fondamental pour les personnes âgées et les familles.

IV - Les voies possibles pour un achèvement de la réforme

Les observations qui précèdent et la constatation que les pouvoirs publics ont engagé en 2004 une démarche qui n'est pas allée à son terme conduisent la Cour à formuler des remarques d'ensemble et à proposer un certain nombre de pistes de réflexion.

Si le principe et la nécessité de la réforme ne sont pas contestables, la démarche retenue s'est révélée complexe et mal maîtrisée dans son calendrier et ses financements. S'agissant de l'amélioration de la qualité, les résultats obtenus sont mitigés et, en tout état de cause, peu perceptibles en l'absence d'indicateurs et d'éléments évaluatifs probants. Au plan financier, l'impact de la réforme sur les charges d'assurance maladie ne peut être exactement évalué, mais est très supérieur à ce qui avait été prévu. Les effets sur les tarifs supportés par les usagers sont difficiles à cerner, encore aujourd'hui, en raison de l'hétérogénéité des coûts d'hébergement selon les établissements.

La démarche de la réforme tarifaire et du conventionnement des EHPAD aurait pu être différente.

Sur la base d'un diagnostic des insuffisances essentielles repérées dans les établissements, les pouvoirs publics auraient énoncé les engagements minimaux auxquels devaient souscrire les établissements et défini les indicateurs permettant de mesurer leur réalisation.

Dans un second temps aurait été engagé dans ces établissements, déjà très sollicités par les changements budgétaires et comptables, un processus d'assurance qualité et de certification, selon un schéma proche de celui de l'accréditation.

Un cadre conventionnel plus directif et resserré sur quelques indicateurs, comme les taux d'encadrement à atteindre progressivement, aurait permis de définir un système de calcul de la dotation de l'assurance maladie plus simple et surtout plus efficient, fondé sur le financement d'actions aux résultats identifiables.

En raison de son opacité, le mécanisme d'encadrement et de convergence des dotations de l'assurance maladie constitue un faux outil de régulation de la dépense. Il eût mieux valu définir des objectifs d'amélioration de la qualité, peu nombreux, chiffrés et étalés dans le temps, que de laisser à l'initiative locale le soin de trouver le point d'équilibre entre des demandes forcément très élevées et des financements limités.

Compte tenu des limites de la réforme engagée, et du fait que ni la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales ni la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances n'ont permis une simplification du système, la Cour estime que deux voies sont envisageables : l'une consiste à réformer les règles du conventionnement, l'autre, plus limitée, vise à simplifier et aménager les modalités actuelles.

A – La voie de la réforme du conventionnement

Le chapitre consacré à la CNSA dans la loi du 11 février 2005 ne modifie pas les compétences en matière de gestion des EHPAD et conforte les responsabilités des services déconcentrés de l'Etat, en renforçant le niveau régional (cf. troisième partie).

Les mécanismes de conventionnement et de tarification des EHPAD n'en posent pas moins problème.

En premier lieu, l'ampleur des investissements à réaliser dans les prochaines années fait que la définition des dépenses imputables au prix de journée payé par le résident devrait être corrigée, afin que la contribution de ce dernier aux coûts d'investissement et aux frais généraux, qu'il supporte actuellement en totalité, n'entraîne pas un alourdissement excessif de sa charge.

En deuxième lieu, les pouvoirs publics n'ayant choisi ni de créer un « cinquième risque » pour prendre en charge l'ensemble des dépenses afférentes aux personnes âgées dépendantes, ni de confier ce rôle à l'assurance maladie, mais au contraire de répartir le financement entre les acteurs au prorata de leurs implications respectives, la contribution de l'assurance maladie devrait être revue. Celle-ci devrait (pour ce qu'elle finance tant sur l'enveloppe médico-sociale de l'ONDAM que sur l'enveloppe soins de ville) n'assumer que les charges qui doivent par nature lui incomber, à savoir les soins médico-techniques, mais non l'assistance à la personne dépendante. A cette fin, une étude réalisée périodiquement sur un échantillon d'établissements représentatifs, avec une comptabilité analytique fiable, pourrait permettre de fixer, pour une période pluriannuelle, une clé de contribution de l'assurance maladie à

l'enveloppe dont disposera la CNSA. Le ministère souligne que la tarification des EHPAD opère un transfert partiel des charges liées à la dépendance sur les autres financeurs (30 % des charges d'aides-soignants qui incombent aux résidents et à l'APA) et apporte ainsi un début de réponse au problème plus général du « panier de soins » de l'assurance maladie, alors que celle-ci continue à prendre en charge l'intégralité des soins de « nursing » réalisés en ville par les infirmières libérales. Cette remarque est en partie erronée, puisque la création de la démarche de soins infirmiers en 2002 (DSI) a pour but d'organiser le transfert d'une partie des soins de « nursing » en ville sur l'entourage ou sur les travailleurs sociaux.

En troisième lieu, le contenu même du conventionnement et ses procédures de mise en œuvre devraient être améliorés ; les services du ministère, en particulier la DHOS, ont d'ailleurs émis des propositions en ce sens. Les conventions tripartites, signées pourtant sur la base d'un cahier des charges très complet, ont formalisé des engagements variables dont on ne sait mesurer ni la réalité de la mise en œuvre ni les résultats concrets.

Il semble souhaitable de concentrer les efforts financiers supplémentaires sur l'augmentation des taux d'encadrement ; deux démarches sont possibles :

- calculer, à partir de référentiels cibles clairement affichés, une dotation par établissement qui lui permette d'atteindre ces taux par paliers, dans le cadre d'un processus de conventionnement redéfini ;
- définir des normes de taux d'encadrement en fonction du nombre de points GIRSI qui, tout en étant d'application progressive, concerneraient tous les établissements et ouvriraient des droits à financement, indépendamment de la contractualisation de l'établissement pour son projet et sa démarche qualité.

Il conviendrait aussi de réformer le système de fixation de la dotation de l'assurance maladie, trop complexe en l'état, et d'imposer à la fois l'étalement dans le temps des moyens supplémentaires et le plafonnement de la dotation.

B – La voie des aménagements et de la simplification

Si les pouvoirs publics choisissaient de ne pas procéder à une réforme de fond du système tarifaire, la Cour estime que les modifications pourraient être, au minimum, de :

- supprimer l'option entre forfait partiel et forfait global, pour le forfait de soins, en ne laissant subsister que la dernière possibilité ;

- réintroduire les médicaments et les produits de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) dans le forfait ;

- définir le mode de rémunération des professionnels libéraux en EHPAD en tenant compte du niveau de dépendance des personnes prises en charge, dès lors que leurs prestations entrent dans le périmètre du forfait ;

- mettre en œuvre un outil de suivi des dépenses, qui devraient devenir de plus en plus résiduelles, aujourd'hui imputées en soins de ville alors qu'elles sont afférentes aux résidents ;

- subordonner les transferts de charges de la section « dépendance » à la section « soins » (effet mécanique) au respect de ratios maintenant un équilibre entre les différentes catégories de personnels et contrôler, après le conventionnement, l'évolution des effectifs et de la nature des postes par rapport aux exercices antérieurs ;

- définir un terme à l'application possible du « clapet anti-retour ».

Si le mécanisme de régulation par plafonnement de la dotation (« DOMINIC + 35 ») devait être conservé en l'état, il conviendrait de lui donner un statut réglementaire qui le rende opposable.

Ces modifications, qui devraient en toute hypothèse être accompagnées d'une redéfinition du rôle des USLD, apparaissent indispensables tant pour l'équité de la répartition des ressources entre les établissements que dans le souci de permettre une meilleure maîtrise de l'évolution des charges et la clarté des comptes respectifs de l'Etat, des départements et de l'assurance maladie. La DHOS préconise d'ailleurs qu'une véritable logique de convergence et donc de redistribution entre les établissements soit instaurée, non seulement en mettant un terme à la disposition du clapet anti-retour mais en imposant la convergence en 10 ans vers la valeur moyenne du point GIR5.

RECOMMANDATIONS

1- Sur la réforme tarifaire :

- Revoir les modalités de la réforme de EHPAD : soit en substituant au calcul de la répartition du financement au niveau de chaque établissement un calcul global au plan national de la contribution de chaque financeur sur la base des coûts analytiques d'un échantillon d'établissements ; soit en supprimant progressivement les anomalies que constituent aujourd'hui diverses modalités de mise en œuvre (forfait partiel, clapet anti-retour, remboursement hors forfait des médicaments et des produits et prestations remboursables;

- renforcer les mesures visant à achever l'opération de sincérité des comptes des établissements publics de santé et de leurs budgets annexes ;

- se doter d'un système de suivi de l'évolution des coûts supportés par les résidents des établissements ;

- revoir la répartition entre les financeurs (cf. ci-après 2^{ème} Partie).

2- Sur la qualité des installations et des services :

- Mettre en place un suivi des effets de la réforme sur la qualité des installations et celle des services rendus aux résidents ;

- distinguer la procédure de conventionnement et la démarche qualité, et établir un guide méthodologique de la démarche qualité ;

- reprendre la démarche des projets d'établissement, au moins pour les établissements d'une certaine taille.

3- Sur l'évolution de l'offre :

- Redéfinir le rôle des USLD, comme le prévoyait la loi du 24 janvier 1997, pour qu'existe une catégorie de services permettant la proximité d'un plateau technique et une surveillance médicale continue ;

- fonder l'évaluation des places supplémentaires à créer dans les prochaines années non seulement sur des calculs globaux mais aussi sur la réalité des situations locales analysées dans des schémas gérontologiques actualisés.

Deuxième partie

Consolider et clarifier le financement

Le financement de la dépendance des personnes âgées repose sur un ensemble très hétérogène de dispositifs d'intervention, d'aides et de prestations. La répartition de la charge financière répond à des logiques diverses qui mêlent des mécanismes d'assurance sociale, des incitations fiscales, des dispositifs de solidarité et d'aide ou d'action sociale. L'estimation de l'effort de la collectivité est de ce fait particulièrement difficile. La Cour a réalisé un chiffrage des dépenses consacrées aux personnes hébergées en institution et aux personnes âgées dépendantes à domicile pour l'année 2003.

Peu lisible, le système a déjà montré ses limites dans le financement de réformes majeures comme la mise en œuvre de l'APA ou celle de la médicalisation des établissements d'hébergement.

Deux questions se posent plus particulièrement : celle des mécanismes de péréquation entre départements pour garantir un traitement équitable des personnes, celle de la répartition de la charge financière entre aide sociale et assurance maladie.

Les travaux de la Cour montrent que la capacité du système de financement actuel à faire face à la montée en puissance des charges liées à la dépendance n'est pas assurée et que des choix de répartition plus clairs entre sources de financement s'avèrent nécessaires.

Chapitre III

Les sources et les circuits de financement

Le financement de la prise en charge des personnes âgées dépendantes repose sur la sédimentation d'aides spécifiquement dédiées à la dépendance et d'aides et prestations dont la destination est plus large mais qui constituent néanmoins une source majeure de solvabilisation. Les financeurs sont multiples et des logiques diverses coexistent.

Dans ce contexte, l'évaluation de la dépense publique en faveur de la prise en charge de la dépendance est particulièrement difficile.

I - Une multiplicité d'acteurs et de sources de financement

A – La multiplicité des intervenants

Le financement des dépenses assurées par la collectivité relève d'un grand nombre d'acteurs (Etat, collectivités territoriales, Sécurité sociale, établissements publics comme le FFAPA remplacé en 2004 par la CNSA). Cet ensemble est marqué par un faible engagement direct du budget de l'Etat dans les dépenses en faveur des personnes âgées. L'essentiel des financements vient des départements, de l'assurance maladie, et des coûts sont supportés indirectement par l'Etat via des exonérations d'impôt.

Enfin il faut noter que le taux réduit de CSG appliqué aux pensions a pour conséquence une moins-value estimée à 5,8 Md€

1 – L'Etat : des dépenses directes marginales et des dépenses fiscales importantes mais non ciblées

Les financements budgétaires de l'Etat en faveur des personnes âgées dépendantes ont toujours été limités et ont décliné au rythme des transferts de compétence vers le FFAPA/CNSA et les départements.

En matière de fonctionnement, les crédits étaient consacrés en 2003 essentiellement au financement des CLIC et des CODERPA et à des subventions à certaines associations de lutte contre la maltraitance, pour un total de 19 M€. Le financement des CLIC a été assuré en 2004 par le Fonds de modernisation de l'aide à domicile (FMAD) et transféré en 2005 aux départements avec la poursuite de la décentralisation de la politique d'aide aux personnes âgées.

En matière d'investissement, l'Etat participe, dans le cadre des contrats de plan Etat-région, au financement de programmes d'humanisation des hospices et à la modernisation des établissements pour personnes âgées (19 M€ en 2003).

La contribution effective de l'Etat s'est au demeurant révélée très inférieure à ce que prévoyaient les contrats de plan. Pour la période 1994-1999, l'humanisation de 22 200 lits d'hospices avait été prévue, mais le programme n'a pas pu être achevé du fait de l'insuffisance de crédits de

paiement. Un retard important a été pris pour l'exécution du plan en cours. Pour ce qui concerne la modernisation des EHPA, en 2004, quatrième année de mise en œuvre des contrats de plan, le taux cumulé d'exécution des engagements de l'Etat n'était que de 35,8 %, alors qu'il ne restait que deux ans pour réaliser les objectifs. Une insuffisance de crédits de paiement, aggravée par les annulations intervenues en cours de gestion, n'a pas permis à l'Etat d'honorer sa signature.

La faiblesse de ces dépenses directes ne doit néanmoins pas faire ignorer l'existence de dépenses fiscales importantes qui restent à la charge du budget de l'Etat.

Les dépenses fiscales ciblées sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes étaient comprises en 2003 entre 273 M€ (si on ne comptabilise pas les effets du taux de TVA réduit sur les équipements spéciaux) et 573 M€. En 2004, ces dépenses sont comprises entre 286 et 656 M€.

Les dépenses fiscales non ciblées sur la dépendance mais bénéficiant à des personnes de plus de 60 ans étaient en 2003 au minimum de 6,485 Md€. Ce total serait encore fortement augmenté si l'on disposait des données concernant certains allègements d'impôts locaux comme le plafonnement de taxe d'habitation. Les dépenses fiscales ont par ailleurs un coût indirect : en diminuant le revenu imposable, elles contribuent à diminuer la base de calcul de la CSG et des impôts locaux. Cet effet « rétroactif » n'est pas chiffré par la DGI.

Si l'on considère que les personnes âgées dépendantes reconnues comme telles (c'est-à-dire les bénéficiaires de l'APA soit 865 000 personnes au 31 décembre 2004)¹⁶⁹ représentent 7 % des personnes de plus de 60 ans¹⁷⁰ et si on applique ce taux à l'estimation a minima des dépenses fiscales consacrées aux personnes de plus de 60 ans faite supra, on peut estimer à 454 M€ supplémentaires les dépenses fiscales rattachables à des personnes âgées dépendantes¹⁷¹, soit une part faible des avantages fiscaux consacrés aux personnes de plus de 60 ans.

169) A l'exclusion des personnes en GIR 5 et 6.

170) 12 500 000 personnes en 2000.

171) En l'absence de chiffrage exhaustif des dépenses fiscales et de possibilité d'attribuer précisément les dépenses aux contribuables de plus de 60 ans, il ne peut s'agir ici que d'un ordre de grandeur. Le détail de ces estimations est présenté en annexe 7.

2 – Le poids croissant des dépenses départementales

Depuis la mise en œuvre de l'APA, les départements apportent près d'un cinquième des financements mobilisés¹⁷².

Le contrôle des CRC sur les budgets d'aide sociale des départements a confirmé que la montée en charge de l'APA a été plus rapide que prévu. De nombreux départements ont ainsi atteint dès 2003 les objectifs en termes d'effectif de bénéficiaires. L'étude confirme également trois grandes évolutions :

a) La part des budgets d'aide sociale consacrée aux personnes âgées a fortement augmenté

L'examen de l'ensemble des dépenses d'aide sociale départementale pour les différents publics aidés fait apparaître une évolution contrastée sur la période 1996/2003.

Evolution des dépenses brutes d'aide sociale des départements¹⁷³

(en M€ constants 2003)

Dépenses	1999	2000	2001	2002	2003
Personnes âgées	2 955 (26,4 %)	2 838 (25,6 %)	2 773 (25,0 %)	4 178 (32,3 %)	5 314 (37,1 %)
Personnes handicapées	2 921 (26,1 %)	2 957 (26,7 %)	3 010 (27,1 %)	3 234 (25,0 %)	3 371 (23,6 %)
Aide à l'enfance	4 604 (41,0 %)	4 602 (41,5 %)	4 627 (41,7 %)	4 804 (37,1 %)	4 859 (33,9 %)
Insertion (RMI)	729 (6,5%)	692 (6,2 %)	688 (6,2 %)	724 (5,6 %)	769 (5,4 %)
Total	11 209 (100 %)	11 089 (100 %)	11 098 (100 %)	12 940 (100 %)	14 313 (100 %)

Source : DREES

172) Cf. graphique infra : « répartition des dépenses par types d'intervenant ».

173) *Etudes et Résultats n° 365*, décembre 2004. Les dépenses ne prennent pas en compte l'aide médicale, le service social départemental, les frais communs, l'aide sociale facultative et les services sociaux sans comptabilité distincte.

Les dépenses pour les personnes âgées ont baissé en 2000 et 2001 notamment à la suite de la mise en œuvre de la PSD¹⁷⁴. Cette prestation répondait en effet à des conditions d'éligibilité plus restrictives que l'ACTP qui constituait jusqu'alors la principale prestation pour cette catégorie de personnes.

Les enquêtes des CRC confirment cet effet restrictif : parmi les départements contrôlés, à l'exception de la Corrèze, de la Manche et de la Meuse, le nombre d'allocataires de la PSD n'a jamais retrouvé le niveau atteint, en 1997, par le nombre d'allocataires de l'ACTP, même en 2001, année où cette prestation a culminé.

L'introduction de l'APA en 2002 a provoqué à la fois une reprise de l'augmentation des dépenses d'aide sociale des départements et une modification des équilibres entre les postes de dépenses : l'aide sociale aux personnes âgées a fortement progressé et dépasse depuis 2003, en dépenses brutes, l'aide sociale à l'enfance et l'aide aux personnes handicapées.

Ce constat doit néanmoins être nuancé : en dépenses nettes, l'aide aux personnes âgées demeure inférieure à l'aide à l'enfance. Les dispositifs de récupération sont, en effet, plus développés pour l'aide aux personnes âgées. En outre, les départements bénéficient des versements du FFAPA-CNSA (cf .infra 3).

174) Selon l'ODAS, les dépenses nettes de l'aide sociale départementale liées à la dépendance (ACTP versée aux personnes âgées de plus de 60 ans et PSD) sont passées de 902 M€ en 1997, à 860 M€ en 1998, 820 M€ en 1999 et 800 M€ en 2000. Il a fallu attendre 2001 pour que ces dépenses enregistrent une reprise (820 M€).

**Evolution des dépenses nettes d'aide sociale
des départements (après récupération) ¹⁷⁵**

(en M€ constants 2003)

Dépenses	1999	2000	2001	2002	2003
Personnes âgées ¹⁷⁶	1 937 (20,0 %)	1 841 (19,1 %)	1 766 (18,3 %)	3 254 (28,1 %)	4 324 (33,6 %)
Personnes handicapées	2 568 (26,4 %)	2 605 (27,0 %)	2 658 (27,6 %)	2 875 (24,9 %)	3 005 (23,4 %)
Aide à l'enfance	4 514 (46,4 %)	4 516 (46,9 %)	4 544 (47,1 %)	4 727 (40,9 %)	4 785 (37,2 %)
Insertion (RMI)	705 (7,2%)	677 (7,0 %)	670 (7,0 %)	713 (6,1 %)	753 (5,8 %)
Total	9 724 (100 %)	9 639 (100 %)	9 638 (100 %)	11 569 (100 %)	12 867 (100 %)

Source : DREES

b) Le poids des aides spécifiques à la dépendance dans l'aide sociale s'est renforcé

Les statistiques de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS), association qui suit l'évolution des budgets sociaux des collectivités territoriales, montrent cette tendance au niveau national : en 1984, l'aide sociale aux personnes âgées démunies (aide sociale à l'hébergement et aide ménagère) représentait 68,4 % des dépenses nettes de l'aide sociale départementale consacrée aux personnes âgées, contre seulement 31,6 % pour l'aide à la dépendance (ACTP). L'introduction de l'APA a bouleversé l'équilibre antérieur, puisque les dépenses consacrées à la dépendance (APA, PSD, ACTP) dépassent les trois-quarts des dépenses départementales en faveur des personnes âgées.

¹⁷⁵) *Etudes et Résultats n° 365*, décembre 2004. Dépenses nettes avant déduction du concours du FFAPA.

¹⁷⁶) Cette série de chiffres ne concorde pas exactement avec celles des lignes « total » des tableaux mentionnant la répartition des dépenses nettes de l'aide sociale départementale (cf. infra), les sources et les méthodes de recueil d'informations étant différentes.

**Répartition des dépenses nettes de l'aide sociale départementale
à destination des personnes âgées**

(en millions d'€)

	1984	1997	2000	2001	2002	2003	2004
1 - Aides attribuées sur un critère de dépendance	420	920	800	820	2 240	3 380	3 600
ACTP + de 60 ans (ACPA)	-	900	250	150	120	110	50
PSD	-	20	550	670	420	120	0
APA ¹⁷⁷	-	-	-	-	1 700	3 150	3 550
s/total 1	31,6 %	46,7 %	44,4 %	46,6 %	73,4 %	77,2 %	78 %
2 - Aides attribuées sur un critère de ressources	910	1 050	1 000	940	810	1 000	1 010
ASH	-	900	880	820	700	900	910
Aide ménagère	-	150	120	120	110	100	100
s/total 2	68,4 %	53,3 %	55,6 %	53,4 %	26,6 %	22,8 %	22 %
Total 1 + 2	1 330	1 970	1 800	1 760	3 050	4 380	4 610

Source : ODAS¹⁷⁸. Chiffres métropole

177) Dépenses nettes avant déduction du concours du FFAPA.

178) « Dépendance et handicap : la décentralisation au service de l'autonomie », Rapport de l'ODAS, 26 novembre 2003.

c) La part des dépenses d'aide sociale pour les personnes âgées à domicile est désormais majoritaire

Alors que la majeure partie des dépenses d'aide sociale départementale bénéficiait traditionnellement aux personnes vivant en institution, celles destinées au maintien à domicile sont devenues dès 2003, avec la mise en place de l'APA, les plus importantes.

Répartition des dépenses nettes de récupération de l'aide sociale départementale à destination des personnes âgées entre domicile et établissement

(en millions d'€)

	1997	2000	2001	2002	2003	2004
A domicile	890	690	640	1 490	2 390	2 450
en institution	1 080	1 110	1 120	1 560	1 990	2 160
Total	1 970	1 800	1 760	3 050	4 380	4 610

Source : Lettre de l'ODAS, juin 2004. Chiffres métropole.

La tendance va dans le même sens pour le nombre d'allocataires : en 2003, le nombre de prestations versées à domicile a rejoint celui des prestations versées en établissement.

L'évolution est certes contrastée selon les départements. Les contrôles des CRC mettent en évidence que dans nombre d'entre eux, les bénéficiaires de l'aide sociale en établissement au 31 décembre 2003 demeurent majoritaires. En Haute-Garonne, 62 % des bénéficiaires vivent à domicile ; à l'opposé, en Loire-Atlantique, la même catégorie ne représente que 34 %¹⁷⁹.

Cependant, globalement, le nombre d'allocataires de l'APA à domicile a augmenté de près de 40 % entre 2002 et 2003, contre seulement 15 % pour les allocataires de l'APA en établissement. Le coût moyen de l'APA étant supérieur dans le premier cas, la hausse plus importante du nombre des allocataires à domicile (+ 40 %) se traduit par une hausse plus que proportionnelle des dépenses (+ 60 %).

¹⁷⁹⁾ Voir le détail par département en annexe 7.

3 – Le maintien de mécanismes de solidarité nationale

En dépit de la croissance des dépenses départementales, les financements issus de la solidarité nationale restent importants : le FFAPA, remplacé en juillet 2004 par la CNSA, contribue à plus de 40 % de la dépense APA.

Compensation et péréquation en matière d'APA

A l'origine, le FFAPA était destiné à compenser une partie du coût à la charge des départements et à introduire une péréquation dans le financement de l'APA. Il a versé en 2003 aux départements 1 326 M€ soit 42 % du coût total de l'APA.

Les critères de répartition entre départements visent à tenir compte du nombre de personnes âgées mais aussi de la richesse relative des départements. Les critères étaient en 2002 et 2003 : le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans, le potentiel fiscal, le nombre de bénéficiaires du RMI. Des correctifs sont intervenus également sous forme de complément de versement aux départements dont les dépenses d'APA par bénéficiaire sont supérieures de 30 % à la moyenne.

Un décret du 19 septembre 2003 a renforcé cette péréquation en réservant 15 % du produit de l'emprunt exceptionnel de 400 M€ effectué en 2003, soit 60 M€ pour financer la fraction de la charge nette de chaque département supérieure à 21 % de son potentiel fiscal. En 2003, cette dotation a été utilisée à hauteur de 49 M€ au bénéfice de 20 départements.

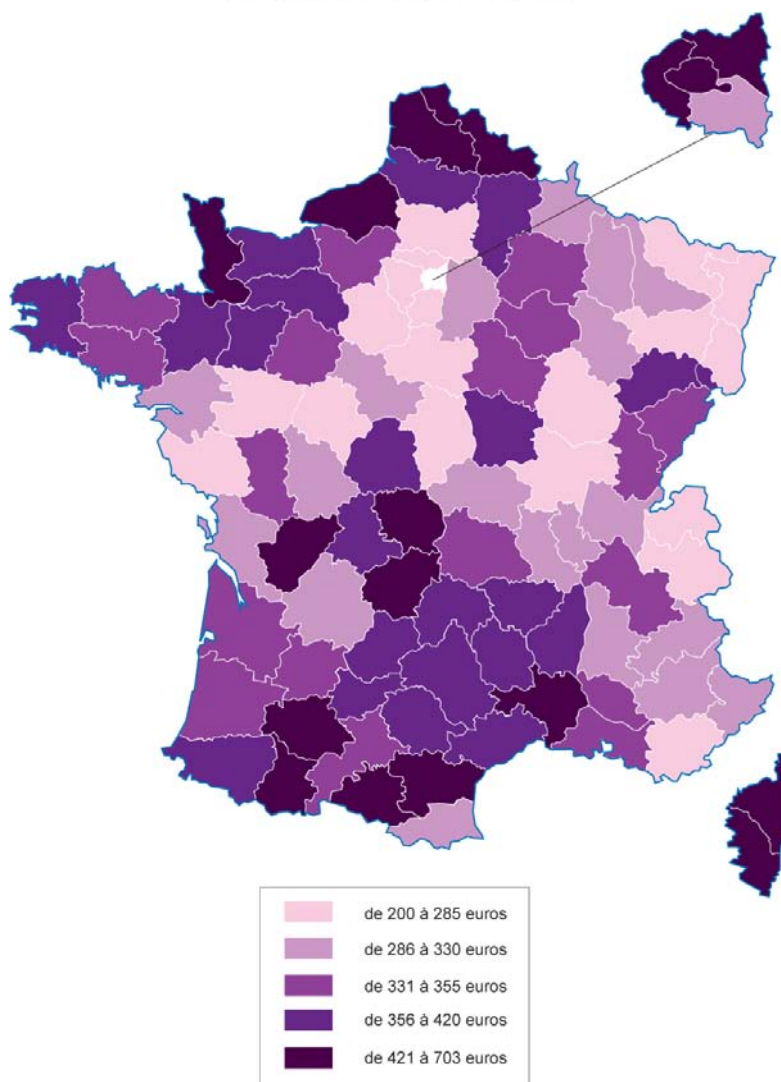
Le FFAPA a été remplacé le 1^{er} juillet 2004 par la CNSA qui reprend ses ressources et assumera désormais ses missions. La loi du 30 juin 2004 prévoit que la CNSA « contribue au financement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire ».

La même loi a modifié, à compter de l'année 2004, les critères de répartition du concours de la CNSA au titre de l'APA entre les départements. La répartition se fait désormais en fonction du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans, du nombre de bénéficiaires du RMI, du potentiel fiscal mais aussi du montant des dépenses d'APA.

Enfin, le concours spécifique est pérennisé : la loi prévoit que le rapport entre les dépenses d'APA nettes de la contribution de la CNSA de chaque département et leur potentiel fiscal ne peut être supérieur à un taux fixé par voie réglementaire. Les dépenses qui dépassent ce seuil sont donc prises en charge par la caisse et viennent en diminution des attributions aux autres départements.

Les dépenses par bénéficiaire varient cependant du simple à plus du triple d'un département à l'autre. C'est ce que montre la carte suivante :

Dépenses d'aide sociale départementale aux personnes âgées
par personne de 60 ans ou plus (2003)



Source : enquête trimestrielle de la Drees
auprès des conseils généraux.
Champ : France Métropolitaine

4 – Le rôle prépondérant de l'assurance maladie

Lorsqu'aucune prestation spécifique à la dépendance n'existait, l'assurance maladie était de loin la principale source de solvabilisation des personnes âgées dépendantes. La mise en œuvre de l'APA aurait pu conduire à la distinction claire des charges de dépendance et des charges de maladie. Tel n'a pas été le cas (voir chapitre II point II – B. 1 « La non application du principe de reventilation des dépenses en fonction de leur nature ») et l'assurance maladie continue à apporter plus de 60 % des financements consacrés aux personnes âgées dépendantes.

Certaines de ces dépenses sont facilement identifiables : ce sont, à l'intérieur de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), les dépenses figurant sur la ligne personnes âgées. Cette enveloppe s'élevait à 3,282 Md€ en 2003¹⁸⁰. Cependant, malgré son intitulé, elle ne retrace qu'une partie des dépenses de l'assurance maladie consacrées aux personnes âgées dépendantes.

L'ONDAM et ses composantes

La loi du 22 juillet 1996 a prévu que, chaque année, la loi de financement de la sécurité sociale fixe, pour l'ensemble des régimes obligatoires, un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour l'année suivante. Il ne constitue pas une enveloppe limitative mais un outil de suivi et de régulation des dépenses. Après son vote par le Parlement, il est décliné en cinq sous-objectifs pour la métropole (soins de ville, établissements sanitaires publics, établissements médico-sociaux, cliniques privées, réseaux de soins). L'enveloppe établissements médico-sociaux comprend deux sous-enveloppes « personnes âgées » et « personnes handicapées ».

Elle ne concerne tout d'abord que les SSIAD et les établissements. Même en ce domaine, il faut y ajouter des montants, en grande partie non identifiés, imputés sur d'autres lignes de l'ONDAM : d'une part, les forfaits de soins destinés aux USLD et les subventions indirectes des budgets principaux des hôpitaux aux budgets annexes des USLD et des maisons de retraite qui leur sont rattachées, sont comptabilisés dans l'enveloppe "établissements sanitaires publics" de l'ONDAM ; d'autre part, une partie des soins afférents à des résidents des EHPAD n'est pas

180) Soit 763 M€ pour les SSIAD et 2 519 M€ de forfaits soins pour les EHPA et EHPAD en 2003, DOM compris.

incluse dans les forfaits mais fait l'objet de remboursements comme s'il s'agissait de soins de ville et est comptabilisée dans l'enveloppe des « soins de ville ». Au total, la Cour a estimé à 3,59 Md€¹⁸¹ ces montants supplémentaires qui s'ajoutent de fait aux 3,28 Md€ de l'ONDAM « personnes âgées ».

Une part majeure de la prise en charge de la dépendance relève par ailleurs des soins prodigués aux personnes qui restent à leur domicile, imputés sur l'enveloppe « soins de ville » et des dépenses d'hospitalisation en faveur des personnes âgées dépendantes. Pour ces deux derniers types de dépenses, le chiffrage est délicat en l'absence d'identification des bénéficiaires par niveau de dépendance. Seule une estimation est possible. A la demande de la Cour, la CNAMTS a identifié les personnes âgées de plus de 75 ans bénéficiant d'actes infirmiers de soins (actes de « nursing »)¹⁸². Ces personnes ont été présumées dépendantes. Partant de cette hypothèse, la CNAMTS a évalué le montant des soins de ville et d'hospitalisation rattachables à ces personnes : l'assurance maladie rembourse aux personnes dépendantes de 75 ans ou plus en moyenne 13 711 € par an, ce qui représente environ 6 fois plus que pour une personne âgée « bien portante »¹⁸³. Extrapolé à l'ensemble des régimes, le montant est en 2003 de 2,33 Md€ de soins de ville et de 1,61 Md€ de dépenses d'hospitalisation¹⁸⁴, soit au total 3,94 Md€. Le travail effectué par la CNAMTS ne permet pas de distinguer la part qui bénéficie aux personnes vivant à leur domicile et celle des résidents en établissements.

Ces dépenses ne peuvent toutefois pas être imputées à la prise en charge de la seule dépendance et couvrent aussi les frais engagés par les personnes âgées dépendantes mais afférents à des pathologies non liées à la dépendance. Les personnes présumées dépendantes étant pour 87 % d'entre elles en affection de longue durée (ALD), on peut tenter d'approcher les remboursements induits par les pathologies liées à la dépendance en comparant la consommation moyenne de soins des patients en ALD présumés dépendants et celle des patients en ALD

181) Les 3,59 Md€ correspondent à la somme des forfaits de soins aux USLD (1,41 Md€), des subventions indirectes des budgets des hôpitaux (0,8 Md€) et des remboursements de soins aux résidents des EHPAD (1,39 Md€, estimation de la Cour).

182) Les infirmières effectuent deux types d'actes : les actes médicaux infirmiers, spécifiques à leur profession et des actes de nursing, dénommés actes infirmiers de soins.

183) C'est-à-dire ni dépendante ni en affection de longue durée ; la dépense remboursée pour ces personnes est en moyenne de 2 340 €

184) Le détail de cette estimation et la méthode utilisée sont présentés en annexe 7.

apparemment non dépendants. Selon ce calcul, le rapport est du simple au double et on peut donc estimer que la moitié des montants indiqués ci-dessus seraient rattachables à des pathologies directement liées à la dépendance, soit 1,97 Md€ Il ne peut évidemment s'agir que d'un ordre de grandeur.

Au total, les charges afférentes à la dépendance et celles afférentes plus largement aux personnes âgées dépendantes de plus de 75 ans, s'élèveraient à 9,434 Md€ pour l'assurance maladie¹⁸⁵.

A ces dépenses directes s'ajoute l'ensemble des exonérations de charges sociales dont bénéficient les particuliers employeurs parmi lesquels un nombre important de personnes âgées dépendantes employant une aide à domicile. Ces exonérations, non remboursées par l'Etat, restent à la charge de l'assurance-maladie. Elles représentent 241 M€ pour les seules d'exonérations bénéficiant aux personnes bénéficiaires de l'APA et portent à 9,675 Md€ la contribution globale de l'assurance maladie au financement de la dépendance et des personnes âgées dépendantes.

5 – Les caisses de retraite : un rôle devenu mineur dans la solvabilisation des personnes âgées dépendantes

La mise en place de l'APA a conduit les caisses de retraite à redéployer leurs aides, sauf celles affectées à l'investissement, vers les personnes en GIR 5 et 6.

Une partie de leurs budgets d'action sociale a été prélevée pour alimenter le FFAPA et ces budgets ont donc diminué : l'action sociale en faveur des personnes âgées dépendantes des principales caisses de retraite s'élève en 2003 à 581,6 M€¹⁸⁶ auxquels il faut ajouter la contribution au FFAPA de 61 M€ soit une dépense totale de 642,6 M€, cinq fois moindre que les dépenses d'APA la même année (3,21 Md€).

185) C'est ce chiffre qui est repris dans le tableau d'évaluation de la dépense publique (infra p. 162)

186) dont 73,3 M€ d'aides aux investissements dans les EHPAD et 508,3 d'aides apportées aux seuls GIR 5 et 6.

B – L'accroissement de l'hétérogénéité des recettes et de la complexité des circuits financiers

Les dispositifs d'aide sont divers et répondent à des objectifs variés : aide sociale légale pour les plus démunis, action sociale facultative et prestations d'assurance maladie pour les assurés sociaux, allègements fiscaux pour les personnes imposables, exonérations de charges sociales pour les particuliers employeurs.

Les sources et les circuits de financement sont particulièrement complexes puisqu'ils font intervenir la fiscalité nationale, la fiscalité locale, les cotisations sociales. Un même type de ressource peut bénéficier à plusieurs acteurs : la contribution sociale généralisée (CSG) participe ainsi au financement des prestations de la sécurité sociale mais aussi à celui de l'APA.

La création de la CNSA ne semble pas de nature à clarifier le système de financement.

Le plan « vieillissement et solidarité » de novembre 2003 a mis en place un programme pluriannuel en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, financé par des contributions nouvelles, s'ajoutant aux anciennes recettes du FFAPA et, à partir de 2006, à la ligne « personnes âgées » de l'ONDAM, l'ensemble de ces ressources étant retracé dans les comptes de la CNSA.

Celle-ci reçoit donc tout d'abord les recettes du FFAPA qu'elle a vocation à répartir entre les départements au titre de la solidarité nationale en matière d'APA.

Elle dispose aussi, à partir de 2006, des crédits de l'assurance maladie fixés par l'ONDAM personnes âgées, c'est-à-dire ceux expressément destinés aux EHPAD, SSIAD et places d'accueil temporaire.

Enfin, pour dégager des recettes supplémentaires sans augmenter le taux de prélèvement d'une ressource existante (cotisation sociale, fiscalité locale, CSG), une recette d'un nouveau type a été créée : la contribution de 0,3 % acquittée par les employeurs privés et publics, au titre de la journée supplémentaire de travail non rémunérée.

La « journée de solidarité »

Introduite dans le Code du travail (art. L. 212-6) par la loi du 30 juin 2004 sur la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, la journée de solidarité concerne tous les salariés relevant du Code du travail et ceux relevant du Code rural, les fonctionnaires et agents non titulaires des trois fonctions publiques.

Sa date est fixée par accord collectif entre les partenaires sociaux (accord de branche, ou convention ou accord d'entreprise). Cet accord peut prévoir le travail d'un jour férié précédemment chômé autre que le 1^{er} mai, d'un jour de réduction du temps de travail ou toute autre modalité permettant le travail d'un jour précédemment non travaillé en application des dispositions conventionnelles ou des modalités d'organisation du travail dans l'entreprise. A défaut d'accord, la journée de solidarité est le lundi de Pentecôte.

Non rémunérée pour les salariés, cette journée se traduit pour les employeurs par une contribution nouvelle mise à leur charge (au taux de 0,3 %).

Cette contribution est assise et recouvrée comme le sont les cotisations patronales affectées au financement des régimes de base de l'assurance maladie, c'est-à-dire collectée par l'ACOSS qui en reverse le produit à la CNSA ; elle constitue un prélèvement sui generis proche d'une cotisation sociale, prélevée seulement auprès des employeurs et portant indirectement sur les salariés travaillant un jour supplémentaire.

Une deuxième recette nouvelle a été instituée sous la forme d'un supplément de 0,3 % à la CSG sur les revenus du patrimoine et des placements.

A partir de 2006, la CNSA répartira l'enveloppe globale dont elle disposera ainsi (ONDAM personnes âgées, contribution de 0,3 % et supplément de CSG 0,3 %) en enveloppes régionales limitatives. Cette description appelle plusieurs remarques.

Tout d'abord, ce n'est qu'en 2006 que les ressources nouvelles s'ajouteront à l'ONDAM personnes âgées. En 2005, elles seront bien affectées, pour la part qui n'ira pas aux handicapés, aux personnes âgées dépendantes, mais elles constitueront une ressource de financement de l'ONDAM personnes âgées permettant de réduire le taux de progression du financement de l'assurance maladie par rapport au taux de l'année précédente.

En second lieu, la CNSA se voit affecter deux fractions de CSG calculées sur des assiettes différentes (0,1 point de l'assiette entière antérieurement consacré au FFAPA et 0,3 point d'une assiette réduite aux revenus de placements et du patrimoine) auxquelles s'ajoutera en 2006 le produit de la CSG venant de l'assurance maladie, via l'ONDAM personnes âgées. Les circuits de collecte de ces recettes de CSG sont différents : la part de la CSG portant sur les revenus de l'activité et les revenus de remplacement est collectée par l'ACOSS, comme la CSG finançant l'assurance maladie, tandis que la part portant sur les revenus du patrimoine et des placements l'est par l'Etat. L'ACOSS et l'Etat reversent ces produits à la CNSA.

En troisième lieu, un même type de structures (EHPAD et SSIAD) sera désormais financé par deux recettes différentes¹⁸⁷ et via des circuits complexes : les financements venant de l'enveloppe médico-sociale de l'assurance maladie attribués pour ordre¹⁸⁸ à la CNSA et ceux issus des ressources nouvelles collectées par l'ACOSS ou l'Etat et reversées à la CNSA¹⁸⁹. Cette dernière arrêtera en effet la répartition de cet ensemble de financements¹⁹⁰ sous forme d'enveloppes régionales globales, sans distinguer de parts provenant de diverses sources de financement, puis reversera globalement à l'ACOSS la part des ressources nouvelles affectée aux EHPAD et aux SSIAD. Le paiement effectif des crédits aux établissements et services, qu'ils viennent à l'origine de l'ONDAM médico-social ou des ressources nouvelles de la CNSA, se fera quant à lui via le réseau traditionnel des caisses d'assurance maladie¹⁹¹.

Quant à l'APA, elle sera financée par les recettes traditionnelles (fiscalité locale, CSG et contribution des caisses de retraite) et par une part des nouvelles recettes.

187) Compte tenu de ce qui a été dit supra, pour ce qui concerne les EHPA et EHPAD, sur la mise à contribution de l'enveloppe « soins de ville ».

188) Les crédits apparaissent dans les comptes de la CNSA mais ne donnent pas lieu à un flux réel.

189) Les nouvelles recettes à la différence des crédits de l'assurance maladie susmentionnés sont effectivement encaissées par la CNSA.

190) La CNSA définit l'enveloppe globale résultant de l'ONDAM personnes âgées et de ses recettes propres puis calcule et notifie des enveloppes régionales limitatives, qui sont elles-mêmes découpées en enveloppes départementales par une réunion du préfet de région, des préfets de département, et des directeurs de l'ARH et de la CRAM. Enfin, les DDASS arrêtent les dotations par établissement et les notifient aux caisses.

191) Caisses dites caisses-pivot, centralisant l'ensemble des paiements d'un même régime à un même établissement.

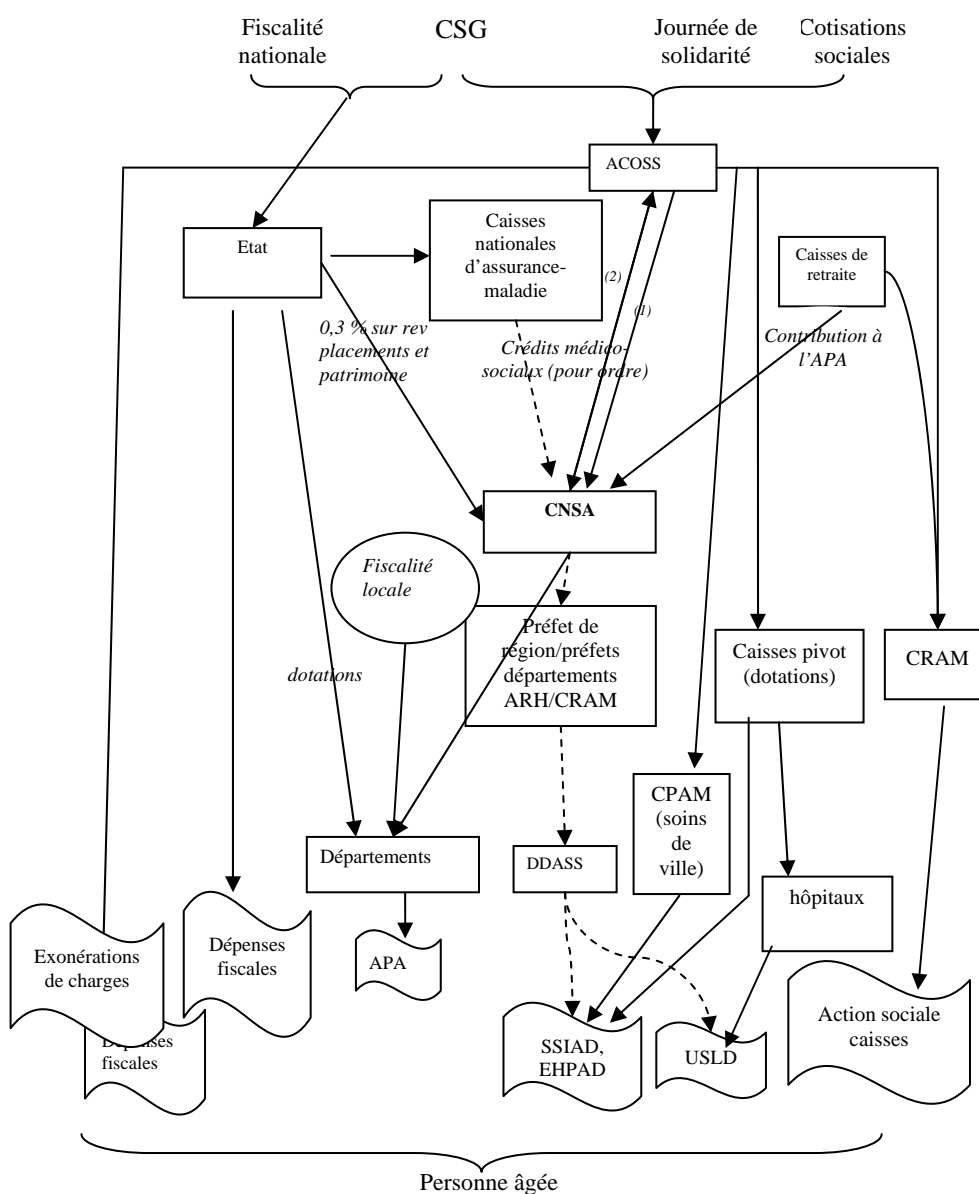
Ressources et charges de la CNSA

	Emplois	Ressources
1° section	Financement des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux	<ul style="list-style-type: none"> - pour les personnes handicapées : entre 10 et 14 % du produit des recettes nouvelles - pour les personnes âgées : 40 % des recettes nouvelles - à partir de 2006 ONDAM médico-social destiné aux établissements ou services sociaux ou médico-sociaux
2° section	Concours aux départements au titre de l'APA	<ul style="list-style-type: none"> - 20 % des recettes nouvelles - recettes traditionnelles du FFAPA (0,1 point de CSG et contribution des caisses de retraite)
3° section	Concours aux départements au titre de la prestation de compensation et des maisons des personnes handicapées	- entre 26 et 30 % des recettes nouvelles ¹⁹²
4° section	Modernisation des services d'aide à domicile et professionnalisation des métiers de service en faveur des personnes âgées	- entre 5 et 12 % du produit du 0,1 point de CSG anciennement affecté au FFAPA
5° section	Autres dépenses en faveur des personnes âgées ou handicapées (études, actions de prévention)	- une fraction des recettes nouvelles
6° section	Charges de fonctionnement de la caisse	- un prélèvement sur l'ensemble des recettes réparti entre les sections au prorata du montant des ressources qui leur sont affectées.

Cette nouvelle configuration rend encore plus complexe le suivi des circuits de financements, qui peuvent être retracés par le graphique simplifié suivant :

192) Les ressources consacrées aux personnes handicapées au titre de la première ou de la troisième sections doivent être égales à 40 % des nouvelles recettes.

Complexité des circuits de décision et de financement (circuits pour 2006)



Légende

Décision de répartition des crédits →

Circuit des financements (pour la sécurité sociale, régime général seul) →

Recettes de la journée de solidarité et part de CSG portant sur les rémunérations : (1)

Contribution de la CNSA au financement des établissements et services médico-sociaux : (2)

II - Esquisse de synthèse des financements consacrés à la dépendance

A – Tentative d'estimation des dépenses consacrées aux personnes âgées dépendantes

Alors que les travaux de la DREES ont permis de dresser un compte social du handicap¹⁹³, rien de tel n'existe pour les dépenses liées à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées. Une réflexion est seulement engagée sur ce sujet¹⁹⁴.

Sur la base des chiffres qui viennent d'être présentés, la Cour a tenté une estimation de l'ensemble des dépenses publiques rattachables à la prise en charge de la dépendance, en distinguant trois « cercles concentriques » :

- le « noyau dur » des aides consacrées à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées au sens de la compensation de la perte d'autonomie (tableau 1 ci-après) ;
- les aides bénéficiant quasi exclusivement¹⁹⁵ à des personnes âgées dépendantes, mais qui ne sont pas destinées spécifiquement à la compensation de la dépendance, notamment les dépenses de soins qui incluent des dépenses destinées à prendre en charge des pathologies non liées à la dépendance, et les dépenses destinées à solvabiliser les personnes les plus démunies comme les aides au logement (APL et ALS) et l'ASH (tableau 2) ;
- enfin, les autres aides dont peuvent bénéficier les personnes âgées, dépendantes ou non, qui ont été chiffrées plus globalement (tableau 3).

193) DREES, Etudes et Résultats n° 291, février 2004.

194) « Peut-on estimer les dépenses sociales liées à la perte d'autonomie ? » - DREES - Solidarité et Santé n° 1, 2004.

195) La plupart des dépenses chiffrées bénéficient à des personnes relevant des GIR 1 à 5. Une part minoritaire peut néanmoins bénéficier à des personnes classées en GIR6 –donc peu ou pas dépendantes- (par exemple l'ASH ou l'aide ménagère).

Il n'est pas possible d'isoler cette part.

Le deuxième cercle intègre ainsi l'ensemble des dépenses afférentes aux personnes hébergées en établissement, quel que soit leur GIR.

En l'état actuel des statistiques des différents financeurs, cette évaluation n'est pas un recensement comptable exhaustif et précis des charges, mais une présentation d'ordres de grandeur.

Pour cette estimation, la Cour s'est en effet heurtée à des insuffisances majeures des systèmes d'information :

- il n'existe pas de suivi régulier des dépenses d'assurance maladie de soins de ville et d'hospitalisation consacrées aux personnes âgées dépendantes ; les montants repris ici sont ceux issus de l'étude déjà mentionnée que la CNAMTS a menée à la demande de la Cour ; ils englobent des soins prodigués à des personnes âgées dépendantes mais nécessités par des pathologies en partie extérieures à la dépendance ;
- il n'existe pas de suivi chiffré pour la plupart des dépenses fiscales en fonction de l'âge des personnes, a fortiori en fonction de leur état de dépendance ;
- un changement de nomenclature comptable en 2002 ne permet qu'un suivi imparfait des dépenses départementales, notamment en matière d'investissement.

Le détail de la méthode retenue est développé en annexe 7 et le tableau suivant regroupe les résultats selon les trois cercles concentriques définis ci-dessus :

Evaluation de la dépense publique en faveur des personnes âgées dépendantes en 2003 (hors investissement)

*Tableau 1- Dépenses spécifiquement consacrées à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées*¹⁹⁶

Millions d'euros

	Domicile	Institution	Domicile ou inst°	Total
Aide sociale départementale				
APA (DREES et DGCP)	2 119	1091		3 210 ¹⁹⁷
PSD ¹⁹⁸ (DREES)	97	22		119
ACTP (ODAS)	100	10		110
Majoration pour tierce personne ¹⁹⁹	212			212
Dépenses fiscales ciblées sur les personnes de plus de 60 ans dépendantes ²⁰⁰ (DGI)	86	94	93	273
Exonérations de charges sociales pour les bénéficiaires de l'APA (ACOSS-assurance maladie)	241			241
Total 1	2855	1 217	93	4165

196) Les sources utilisées sont indiquées entre parenthèses.

197) dont 1326 M€ financés par le FFAPA.

198) Dépense brute.

199) Les personnes recevant une pension d'invalidité peuvent également bénéficier d'une majoration pour tierce personne lorsqu'elles sont dans l'obligation de recourir à l'aide constante d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie. La condition d'invalidité doit être remplie avant que l'intéressé ait atteint l'âge de 65 ans.

200) Réduction d'impôt au titre des dépenses afférentes à la dépendance en établissement, majoration de quotient familial pour les personnes titulaires de la carte d'invalidité et âgées de plus de 60 ans, déductibilité de l'APA du revenu imposable. Ce montant n'intègre pas le nouveau crédit d'impôt sur les équipements spécialement conçus pour faire face à la perte d'autonomie, ni le coût du taux de TVA réduit sur certains matériels.

Tableau 2 – Dépenses non spécifiquement consacrées à la prise en charge de la dépendance mais bénéficiant quasi exclusivement à des personnes âgées dépendantes et à celles en institution

	Domicile	Insti- tution	Domicile ou institution	Total
Aide sociale départementale				
<i>Aide ménagère légale (DREES)</i>	126			126
<i>Aide sociale à l'hébergement (ODAS)</i>		900 ²⁰¹		900
FMAD	16			16
Dépenses de l'Etat – CLIC, CODERPA, ass ^o			19	19
Prestations d'assurance maladie				
SSIAD (DHOS)	763			763
EHPAD y compris USLD (DHOS)		4 729		4 729 ²⁰²
Soins de ville (CNAMTS) ²⁰³			2 330	2 330
Hospitalisation (CNAMTS) ²⁰⁴			1 612	1 612
Sous total prestations d'assurance maladie	763	4 729	3 942	9 434
Action sociale des caisses de retraite ²⁰⁵				
<i>Aide ménagère</i>	374			374
<i>Aides au maintien à domicile (caisses de</i>	22			22
<i>Aménagement du logement (caisses de</i>	45			45
<i>Aides non ventilées</i>			67	67
Sous total action sociale des caisses de retraite	441		67	508
Prestations des caisses d'allocations familiales :				
<i>APL ALS personnes à domicile dépendantes</i> ²⁰⁶	41			41
<i>APL ALS personnes hébergées (CNAF)</i> ²⁰⁷		306		306
Aides à l'amélioration de l'habitat de l'ANAH	29			29
Total 2	1 416	5 935	4 028	11 379

201) Chiffre net prenant en compte les recours sur succession ; la DGCP indique un chiffre brut de 1 416 M€ et la DREES un chiffre brut de 1 665 M€

202) 2519 M€(forfaits EHPA et EHPAD) + 1410 m€(forfaits USLD) + 800 M€(subventions indirectes de l'hôpital aux établissements d'hébergement rattachés).

203) Ces montants résultent de l'étude menée par la CNAMTS à la demande de la Cour sur la consommation de soins des personnes âgées qui bénéficient d'actes de « nursing » (AIS), dont on peut donc penser qu'elles sont dépendantes. Cette étude a été menée à partir de l'échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS), qui ne ventile pas les assurés entre résidents en établissement et personnes restées à leur domicile. Ces dépenses recouvrent donc à la fois des dépenses effectuées en établissement mais comptabilisées en soins de ville et des dépenses de soins de ville proprement dites.

204) Des dépenses d'hospitalisation afférentes à des personnes qui ont bénéficié d'AIS à leur domicile ou en EHPAD pendant des périodes autres que l'hospitalisation. Une partie de ces hospitalisations est provoquée par des pathologies extérieures à celles qui sont directement liées à la dépendance.

205) Ne sont pas comptabilisées ici diverses dépenses non directement liées à la prise en charge de la dépendance.

206) La CNAF chiffre à 553 M€ les aides au logement APL et ALS versées aux personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile. Dans l'enquête HID, il apparaît que 7,5 % des personnes âgées de plus de 60 ans vivant à domicile relèvent des GIR 1 à 5. Cette proportion est sans doute supérieure parmi les personnes de plus de 75 ans. Ainsi, les APL et ALS versées aux personnes dépendantes vivant à domicile sont au minimum de 41 M€ (553 x 7,5 %)

207) Aides versées aux personnes de 75 ans et plus hébergées en EHPA(D) foyer (foyer-logement, maison de retraite et USLD) bénéficiaires de l'APL ou de l'ALS. Ces personnes ne sont pas toutes dépendantes.

Tableau 3- Autres dépenses consacrées aux personnes âgées²⁰⁸

	Domicile	Institution	Domicile ou institution	Total
Dépenses nettes de fonctionnement pour les personnes âgées <i>Communes et CCAS²⁰⁹ (DGCP)</i> <i>Départements</i>			219 Nd	219
Prestations des caisses d'allocations familiales <i>ALF, APL, ALS aux personnes de 75 ans et plus non hébergées en foyer</i>	512			512
Dépenses fiscales ²¹⁰ bénéficiant aux personnes de 60 ans ou plus dépendantes ou non			> 6 485	> 6 485
Exonérations de charges sociales - pour les personnes de plus de 70 ans et les les bénéficiaires de l'avantage vieillesse - pour les associations agréées, les CCAS et les services habilités à l'aide sociale ²¹¹	321 317			321 317
Dépenses d'assurance maladie consacrées aux personnes de plus de 75 ans ²¹² a priori non dépendantes <i>Soins de ville</i> <i>Hospitalisation</i>			7 800 9 400	7 800 9 400
Action sociale des caisses de retraite <i>aides diverses</i>			177	177

208) Ce 3^{ème} cercle ne comprend ni les pensions (177 Mds€) ni les différentes allocations constituant le minimum vieillesse (estimées à 2,6 Mds € en 2002 par la DREES, Dossier Solidarité et Santé n° 1, janvier-mars 2004).

209) Communes de plus de 3 500 habitants.

210) Abattement sur le revenu imposable pour les personnes de plus de 65 ans de revenus modestes, réduction d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile, exonération de taxe sur les salaires versés à des salariés à domicile et exonération de taxe d'habitation, majoration du quotient familial pour les personnes vivant seules et n'ayant plus d'enfants à charge, abattement de 10 % sur les pensions, exonération de la majoration de pension pour enfants. Ne sont pas comptabilisés l'exonération de taxe foncière sur le bâti, le plafonnement de la taxe d'habitation, le dégrèvement de redevance, l'exonération des prestations d'assistance de l'impôt sur le revenu ainsi que l'effet des dépenses fiscales sur le calcul de la CSG et d'autres prélèvements dont l'assiette est fonction du revenu imposable. Pour chaque dépense ne sont retenues que les dépenses bénéficiant aux personnes de 60 ans et plus.

211) Exonérations bénéficiant aux associations agréées, aux CCAS et aux organismes habilités à l'aide sociale intervenant au domicile des personnes. L'ACOSS n'est pas en mesure de distinguer parmi les bénéficiaires de cette exonération les organismes intervenant auprès des personnes âgées. Néanmoins, 80 % de l'activité des services d'aide à domicile bénéficient à des personnes âgées.

212) Dépense estimée, à la demande de la Cour, à partir d'EPAS, pour les personnes de plus de 75 ans ne bénéficiant pas d'AIS.

Une totalisation de ces différents sous-ensembles, qui ne sont pas de même nature, n'est pas totalement significative. Ces tableaux font toutefois apparaître quatre conclusions importantes. En premier lieu, on peut retenir comme ordre de grandeur que les dépenses collectives au bénéfice des personnes âgées dépendantes (premier et deuxième cercles) sont actuellement de l'ordre de 15,5 Md€²¹³, soit un peu plus de 1 % du produit intérieur brut, ce qui situe les enjeux financiers qu'impliquent pour l'avenir l'augmentation du nombre des personnes âgées dépendantes et le coût de leur prise en charge.

En second lieu, à l'intérieur de ce total, les dépenses non spécifiquement consacrées à la prise en charge de la dépendance, mais bénéficiant quasi exclusivement à des personnes âgées dépendantes et aux personnes hébergées en institution (deuxième cercle), sont près de trois fois supérieures aux dépenses consacrées spécifiquement à la prise en charge de la dépendance.

En troisième lieu, les dépenses fiscales entraînées par des exonérations de l'impôt sur le revenu, qui bénéficient donc à des personnes dépendantes ou non dont le revenu dépasse le seuil d'imposition, ne sont pas négligeables par rapport aux aides directes spécifiques à la dépendance, ou aux aides directes aux personnes dont le revenu est le plus faible.

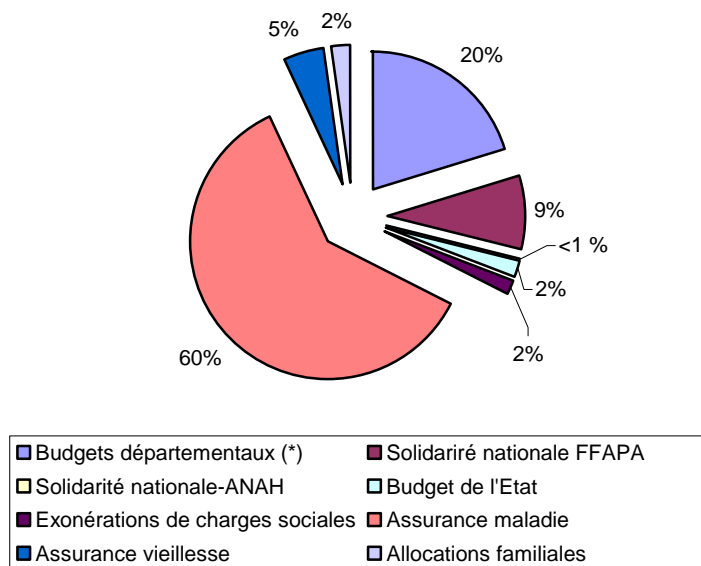
Enfin, les dépenses consacrées aux personnes âgées de manière indifférenciée selon qu'elles sont ou non dépendantes sont supérieures à celles qui bénéficient exclusivement aux personnes âgées dépendantes.

213) 4165 M€+ 11 379 M€= 15 544 M€

B – Répartition des dépenses par sources de financement

La répartition par type de financement des dépenses des deux premiers cercles, c'est-à-dire des dépenses quasi exclusivement consacrées à des personnes âgées dépendantes et aux personnes hébergées en institution (soit environ 15,5 Md€) est la suivante :

Répartition des dépenses par type de financement



(*) déduction faite de la contribution du FFAPA

Chaque type de financement repose lui-même sur plusieurs sources de financement, notamment :

- les cotisations sociales,
- la contribution sociale généralisée qui alimente le FFAPA et les caisses de sécurité sociale,
- le budget de l'Etat qui supporte des dépenses directes, les dépenses fiscales ainsi que des subventions aux régimes de sécurité sociale²¹⁴ et des dotations aux collectivités,
- les ressources propres des collectivités territoriales constituées à 90 % par la fiscalité locale²¹⁵.

La répartition des sources de financement en 2003 pour l'ensemble des deux premiers cercles de dépenses, soit 15,5 Md€ est la suivante²¹⁶ :

Répartition des sources de financement en 2003

(en Md€)

Ressources propres des collectivités	Ressources de l'Etat	CSG et ITAF ²¹⁷	Cotisations sociales	Autres	Total
1,789	1,965	5,138	5,746	0,906	15,544

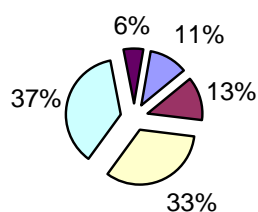
Source : Cour des comptes

214) Subventions d'équilibre ou compensations de certaines exonérations de charges sociales. Les exonérations des particuliers employeurs restent néanmoins à la charge de la sécurité sociale.

215) On considère que les dépenses à la charge des collectivités reposent sur l'ensemble de leurs recettes, c'est-à-dire leurs ressources propres et les dotations de l'Etat (respectivement 57 % et 43 % des recettes des collectivités hors emprunt en 2003).

216) Le détail de cette répartition est présenté en annexe 7.

217) Impôts et autres taxes affectés aux régimes de sécurité sociale.

Répartition des dépenses par sources de financement

■ ressources propres collectivités ■ ressources Etat ■ CSG ITAF ■ Cotisations ■ autres

Les cotisations sociales constituent la source de financement la plus significative (37 %) ; la dépense correspondante (5,7 Md€) représente un point de cotisations sociales²¹⁸.

La CSG apporte 33 % des financements, ce qui représente un demi point de cette contribution²¹⁹.

En prenant en compte l'ensemble de ses financements directs et indirects (allègements fiscaux, subventions aux régimes de sécurité sociale, dotations aux collectivités), la part de l'Etat dans la dépense globale est de 13 %.

Les ressources propres des collectivités territoriales ne couvrent que 12 % de l'ensemble des dépenses considérées. Si on rapporte cette contribution au potentiel fiscal des départements en 2003, leur taux d'effort fiscal est de 10 %²²⁰.

218) Un point de cotisations dé plafonnées tous régimes confondus est évalué à 5,8 Md€ par la commission des comptes de la sécurité sociale (rapport 2003).

219) Un point de CSG est évalué à 8,93 Md€ par la commission des comptes.

220) Dépense effectivement supportée sur les ressources propres des départements (1 789 M€), potentiel fiscal des départements en 2003 (18 073 M€).

A partir de 2004, deux facteurs modifient cette répartition :

- la création de nouvelles sources de financement avec la journée de solidarité qui devrait rapporter 1,6 Md€ et dont 60 % seront affectés à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Si on assimile, par souci de simplification, les revenus de la journée de solidarité à une cotisation sociale, la création de cette recette va accroître la part de financement relevant des cotisations sociales, si le concours de l'assurance maladie au financement de la dépendance continue à évoluer comme précédemment ;
- l'augmentation de 0,3 point de CSG sur les revenus des placements et du patrimoine qui devrait rapporter 300 M€ et dont 60 % seront affectés à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Cette augmentation accroît, quant à elle, la part de la CSG dans le financement global.

C – Répartition des dépenses entre prise en charge à domicile et en établissement

La répartition entre dépenses consacrées au maintien à domicile et dépenses consacrées à l'hébergement est délicate étant donné l'importance des dépenses non ventilées, notamment :

- certaines dépenses fiscales (93 M€),
- les crédits de l'Etat en faveur des CLIC, CODERPA et les subventions aux associations (19 M€),
- les dépenses de soins de ville (2,330 Md€) et d'hospitalisation (1,612 Md€) que la CNAMTS a identifiées à la demande de la Cour comme bénéficiant essentiellement à des personnes âgées dépendantes mais qu'elle n'est pas en mesure de répartir entre prise en charge à domicile et en établissement,
- certaines dépenses des caisses de retraite (67 M€).

Les personnes évaluées en GIR 1 à 4 par les équipes médico-sociales attribuant l'APA en 2003 sont au nombre de 792 000 dont 451 440 (57 %) à domicile et 340 560 (43 %) en établissement²²¹. A défaut d'information précise permettant de ventiler les dépenses susmentionnées, on peut proposer de leur appliquer la répartition APA au 31 décembre 2003 (57 % des dépenses à domicile et 43 % en établissement). La répartition globale est alors la suivante :

221) DREES, Etudes et résultats n° 298, mars 2004.

**Répartition des dépenses 2003 entre domicile et institution
(hors dépenses d'investissement)**

En M€

	Domicile	Institution	Total
Dépenses	6 620	8 924	15 544
En %	43 %	57 %	100 %

Source : Cour des comptes (avec application de la répartition APA aux dépenses non ventilées).

Si l'on retient comme nombre de personnes âgées dépendantes celui des bénéficiaires de l'APA fin 2003 et si on répartit les dépenses non ventilées selon la même clé 57 % (domicile) et 43 % (institution), le coût annuel de la prise en charge d'une personne par les différents types d'aide serait de 14 700 € à domicile et de 26 200 € en établissement.

Si l'on retient comme personnes âgées dépendantes non plus seulement les bénéficiaires de l'APA mais aussi les personnes classées en GIR5, on peut proposer l'estimation suivante : rapporté au nombre de personnes de plus de 60 ans vivant à domicile et évaluées en GIR 1 à 5, soit 877 500 personnes²²², le coût annuel de la prise en charge d'une personne à domicile par les différents types d'aide serait de 7 500 €. Faute de connaître le nombre de personnes relevant des cinq premiers GIR en institution, on ne peut effectuer le même calcul pour l'hébergement. On ne peut que proposer l'estimation du coût pour une personne hébergée quel que soit son GIR : ainsi, rapporté au nombre total de résidents (soit 640 000) tous GIR confondus, le coût annuel de la prise en charge d'une personne serait de 14 000 €²²³.

La prise en compte des dépenses d'investissement augmenterait la part des dépenses liées à la prise en charge en institution.

222) $12\,340\,000$ (nombre de personnes de plus de 60 ans selon l'INSEE) – $640\,000$ (nombre de résidents en institution selon la DREES) = $11\,700\,000$. D'après l'enquête HID, environ 7,5 % des personnes âgées de plus de 60 ans vivant à domicile relèvent des GIR 1 à 5, ce qui représente, si on applique cette proportion à la population âgée vivant à domicile, 877 500 personnes.

223) Dans ce mode de calcul, les coûts unitaires sont estimés à partir d'une population totale de 1 571 000 personnes se répartissant entre 877 000 résidant à domicile et 640 000 en établissements. Dans le chiffrage du paragraphe précédent, la population de référence s'élève à 792 000 bénéficiaires de l'APA répartis entre 451 440 à domicile et 340 560 en institution.

Ces résultats sont à considérer avec précaution du fait de l'approximation retenue pour répartir les dépenses non ventilées, notamment celles de l'assurance maladie. A cet égard, lors de l'enquête, la CNAMTS réalisait une étude sur les dépenses de soins de ville rattachables aux résidents d'EHPA, qui devrait permettre d'affiner cette première estimation de la répartition de la dépense. Par ailleurs, la répartition des dépenses afférentes aux personnes vivant en foyer logement (plus particulièrement dans les résidences de moins de 25 places) est problématique : les financeurs peuvent en effet enregistrer ces dépenses tantôt comme dépenses pour le maintien à domicile tantôt comme dépenses d'hébergement en institution.

Surtout, les coûts qui font l'objet de cette estimation ne doivent pas être comparés ou interprétés comme signifiant qu'une forme de prise en charge doit être privilégiée par les pouvoirs publics au nom de considérations purement financières. En réalité, les deux formes sont de moins en moins alternatives : la tendance est bien plutôt à leur complémentarité dans le temps, le maintien à domicile devant se généraliser tant que l'accueil en institution n'est pas rendu nécessaire par la situation de la personne âgée et de son entourage. Les évolutions constatées ci-dessus ne font que renforcer l'opportunité de cette orientation.

En conclusion, une grande part du financement repose sur des dispositifs d'aide non directement destinés à la prise en charge de la dépendance. Le système de financement dans son ensemble est, de ce fait, un système hybride qui cible imparfaitement les personnes âgées dépendantes et notamment les plus défavorisées ou celles qui ont le plus fort besoin d'accompagnement.

Une part importante de la solvabilisation des personnes âgées dépendantes repose sur les allègements fiscaux bénéficiant aux personnes âgées de plus de 60 ans. Une part minoritaire de ceux-ci est ciblée sur la dépendance (273 M€ sur plus de 6 Md€)²²⁴. Par ailleurs, certains, comme la réduction d'impôt au titre de l'emploi d'un salarié à domicile, ne bénéficient qu'aux personnes dont les revenus dépassent un certain seuil.²²⁵

224) Voir annexe 7.

225) Voir annexe 4.

Cette complexité est le fruit d'une succession de mesures partielles. Elle est aussi le résultat de l'absence de définition claire de la dépendance qui n'est, dans l'état actuel des textes, ni considérée comme une maladie (ce qui la ferait relever de l'assurance maladie) ni nettement distinguée de celle-ci (ce qui explique qu'une grande part des financements relève de l'assurance maladie). Il apparaît néanmoins que la sécurité sociale, essentiellement l'assurance maladie, prend à sa charge une part prépondérante des dépenses.

La complexité des circuits de financement et les faiblesses des systèmes d'information ont pour effet d'interdire de chiffrer précisément tant l'effort collectif pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes, dont l'analyse menée par la Cour constitue le premier essai de chiffrage, que le coût respectif de la prise en charge à domicile et en institution. Elle contribue aussi à expliquer que l'aide de la collectivité ne soit pas correctement ciblée. Elle rend enfin le pilotage des réformes et la maîtrise de leur coût particulièrement difficile.

Chapitre IV

Les difficultés de financement

I - Le financement de l'APA

A – Le problème du financement global

La montée en charge de l'APA a été plus rapide et plus forte que prévu. L'allocation créée en 2002 a atteint sa cible en nombre de bénéficiaires dès 2003, là où les études d'impact prévoient un déploiement progressif sur trois ou quatre ans. Elle a touché dès la première année cinq fois plus de bénéficiaires que la PSD au terme de quatre ans d'existence : en 2001, quatre ans après sa création, la PSD concernait 156 000 bénéficiaires ; l'APA était versée dès 2003 à près de 800 000 bénéficiaires. Aussi, alors que la dépense effective en 2002 s'était révélée inférieure aux prévisions, des difficultés de financement sont apparues dès 2003.

Le financement de l'APA

	2002	2003	2004	2005 (prévision)
<i>Prévision de bénéficiaires (en 2001)</i>	505 000	558 000	800 000	
Nombre de bénéficiaires au 31/12	605 000	792 000	865 000	890 000
Nombre de bénéficiaires en moyenne annuelle	335 000	722 000	830 000	878 000
<i>Prévision de dépenses (en 2001)</i>	2 290 Md€	2 590 Md€	3 510 Md€	-
Dépense effective d'APA (1)	1 855 M€	3 210 M€	3 591 M€	3 800 M€
Dépense résiduelle de PSD (2)	348 M€	120 M€	-	-
Concours du FFAPA/CNSA ²²⁶ (3)	798 M€	1 326 M€	1 338,5 M€ ²²⁷	1 400 M€
Charge nette des départements (4)=(1)+(2)-(3)	1 405 M€	2 004 M€	2 252,5 M€	2 400 M€
Potentiel fiscal des départements ²²⁸	15 754 M€	18 073 M€	19 367 M€	19 367 M€
Taux d'effort fiscal moyen ²²⁹	9 %	11,09 %	11,88 %	12,39 %
Part du FFAPA/CNSA dans le financement de l'APA + PSD (5)=(3)/(1+2)	36 %	40 %	37,3 %	36,8 %

Source : DGAS

Le Gouvernement a alors pris deux séries de mesures :

- le FFAPA a été autorisé à emprunter 400 M€ 85 % de cet emprunt sont venus augmenter son concours général aux départements²³⁰ ; le reste a financé un concours spécifique permettant d'abaisser le taux d'effort fiscal²³¹ des départements les plus en difficulté ;

226) La CNSA s'est substituée au FFAPA en milieu d'année 2004.

227) Montant en cours d'arbitrage au 21 mars 2005.

228) En 2003 le potentiel fiscal est celui de 2002, en 2004 et 2005 c'est celui de 2003.

229) Après prise en compte de la dotation du FFAPA.

230) Les modalités de péréquation du FFAPA sont présentées supra.

231) Défini comme le rapport entre la charge nette d'APA du département (dépense d'APA moins concours du FFAPA) et son potentiel fiscal.

- les conditions d'octroi de l'APA ont été modifiées²³². L'attribution de l'APA à domicile avec effet rétroactif²³³ au jour du dépôt de la demande, a notamment été revue et les moyens de contrôle des départements sur la réalisation du plan d'aide ont été renforcés. Par ailleurs, la participation des bénéficiaires a été augmentée. Le seuil des ressources mensuelles à partir duquel le bénéficiaire est soumis à une participation financière a été abaissé de 949 € à 623 €. Cette participation est comprise entre 0 et 90 % du plan d'aide contre 0 et 80 % avant 2003. Le bénéficiaire disposant de revenus mensuels supérieurs à 2 483 € (contre 3 162 € auparavant) finance désormais 90 % du plan d'aide.

Ces économies ont limité le coût de l'APA en 2003 à 3,2 Md€ au lieu de 3,5 Md€

En 2004, la dépense d'APA a subi une nouvelle pression à la hausse en raison notamment des revalorisations salariales dans la branche de l'aide à domicile. Le gouvernement avait réactualisé ses prévisions de coût et prévoyait une dépense d'APA de 3,55 Md€²³⁴, cette prévision prenant en compte l'effet des économies décidées en 2003.

Le coût en 2004 s'est en fait élevé à 3,6 Md€. Les ressources traditionnelles du FFAPA (930 M€ environ) étaient insuffisantes pour maintenir la part de la solidarité nationale dans le financement global. C'est la raison pour laquelle, dans le cadre de la création de la CNSA, une fraction du produit de la « nouvelle » contribution de solidarité et de la journée de solidarité a dû être affectée au financement de l'APA.

Les premières années d'existence de l'APA ont donc déjà fait apparaître des difficultés de financement qui ont nécessité plusieurs mesures d'urgence. Si la création de la CNSA s'accompagne de l'affectation d'une recette pérenne à l'APA, il n'est pas pour autant acquis que le financement à venir de l'allocation soit assuré.

232) Loi du 31 mars 2003 et décret du 28 mars 2003.

233) Avant 2003, l'APA était attribuée à la date de dépôt du dossier de demande.

234) La prévision faite en 2001 était de 3,51 Md €

B – La question de la répartition du financement de l'APA entre les départements et la solidarité nationale

Dès sa création, l'APA a été financée à la fois par les ressources des départements et par un apport dit de solidarité nationale via le FFAPA, aujourd'hui remplacé par la CNSA.

Ainsi, pour 2002 et 2003, il était prévu de répartir le coût de l'APA en un tiers sur le FFAPA et deux tiers sur les départements. La moitié de la dépense totale devait être couverte par redéploiement des crédits départementaux affectés antérieurement à la PSD, à l'ACTP ainsi qu'à l'aide ménagère, et par les économies sur l'aide sociale à l'hébergement attendues de la mise en œuvre de la nouvelle tarification. Seuls 16 % de la dépense devaient être couverts par un effort financier nouveau des départements. Cette répartition n'a néanmoins pas été consacrée dans la loi et n'est ainsi pas stabilisée.

En 2002, le schéma de partage du coût de l'allocation entre les départements et la solidarité nationale a été globalement respecté : le FFAPA a couvert 36 % des dépenses (798 M€), et les départements 64 % (1 405 M€). En revanche, au sein de la part des départements, les redéploiements de crédits de l'ACTP, de la PSD et de l'ASH n'ont permis de couvrir qu'une part réduite du surcoût de l'APA et les départements ont dû faire un effort financier plus élevé que prévu, à hauteur de près d'un tiers de la dépense totale (près de 700 M€).

Le FFAPA a permis de limiter l'impact de l'APA sur les finances locales. Sans son concours, la charge financière pour les départements, que l'on peut mesurer en comparant le coût de l'allocation au potentiel fiscal de la collectivité locale²³⁵, aurait encore plus augmenté. Le taux d'effort fiscal des départements en 2002 aurait été en moyenne de 16,8 % avec des extrêmes à 1,4 % et 58,1 %. Après prise en compte du concours du fonds, le taux d'effort fiscal a été ramené à des valeurs comprises entre 0,7 % et 29,1 %, donc dans une fourchette inférieure de moitié, la moyenne se situant à 9 %.

En 2003 en revanche, les recettes « ordinaires » du FFAPA (CSG, reports et contribution des caisses de retraite, soit environ 900 M€) n'auraient pas suffi à maintenir la part de ce fonds dans le financement de l'APA dont le coût avant mesures d'économies était évalué à 3,5 Md€

235) Le potentiel fiscal est le produit de l'assiette fiscale du département par le taux moyen national.

C'est dans le but de préserver les clés de répartition de la charge supplémentaire entre départements et solidarité nationale que le FFAPA a été autorisé à emprunter. Cet emprunt a permis de porter sa part dans le financement global de 36 % à 40 %, mais au prix du financement d'une dépense courante par l'emprunt.

En 2003, sans le concours du FFAPA, le taux d'effort fiscal des départements aurait varié de 4,2 % à 93,6 % environ, le taux moyen se situant à 26,7 %. Après répartition du concours général du fonds, le taux s'inscrivait dans une fourchette comprise entre 2,1 % et 49,3 % environ, la moyenne étant de 15,4 %. Après répartition du concours spécifique de 50 M€aux départements dont le taux d'effort fiscal dépasse 21 %, il a été ramené à une fourchette comprise entre 2,1 % et 21 %, le taux moyen passant cependant à 14,2 % au lieu de 9 % l'année précédente.

Le FFAPA a ainsi joué au cours des deux premières années de l'APA un rôle fondamental de compensation et de péréquation des coûts en faveur des départements. Il a limité la pression sur la fiscalité locale, mais avec difficulté et partiellement.

Après trois années de stabilité, la fiscalité locale a augmenté mais la croissance du produit de la fiscalité directe est demeurée moins forte que la croissance des dépenses d'aide sociale et, plus généralement, que celle des dépenses de fonctionnement.

Si la péréquation a réduit l'effort fiscal supplémentaire des collectivités et a diminué les disparités, deux nuances doivent être apportées.

Tout d'abord, la question de la pertinence des critères de répartition et des modalités de concours reste posée. Le FFAPA/CNSA ne dispose pas, en effet, des moyens de contrôler les déclarations des départements sur leurs dépenses au titre de l'APA. Il n'a pas la possibilité de s'assurer que les concours ne servent pas à financer des départements qui appliquent une politique plus généreuse que celle prévue dans les textes.

Par ailleurs, la capacité du système existant à faire face à l'avenir reste incertaine. En 2004, la part du coût total de l'APA prise en charge par le FFAPA/CNSA a légèrement diminué (de 40 % à 37 %), ce qui a induit un effort fiscal plus important des départements. Cette tendance devrait s'accroître en 2005.

II - Les financements de l'assurance maladie

A – Une absence de choix entre système assurantiel et système universel

Il existe deux grands types de systèmes de prise en charge d'un « risque » social :

- les systèmes assantiels qui assurent la couverture des personnes ayant cotisé au régime d'assurance,
- les systèmes dits universels financés par la fiscalité et qui assurent une couverture à l'ensemble de la population.

Le système français de financement de la dépendance est un système hybride qui mélange les deux logiques. Alors que l'APA constitue un droit universel financé essentiellement par la fiscalité, une part plus importante encore de la dépendance reste financée par l'assurance maladie dans une logique assurantielle. Dans les montants financés par l'assurance maladie, une partie importante est affectée à des prestations visant à accompagner la perte d'autonomie et non à traiter des pathologies.

La création de la PSD puis de l'APA, et concomitamment la réforme de la tarification dans les établissements, qui distingue des tarifs soins et dépendance, auraient pu s'accompagner d'une clarification qui n'aurait laissé à la charge de l'assurance maladie que les dépenses de soins médico-techniques et non de dépendance. Tel n'a pas été le cas.

Dans la réforme tarifaire des EHPA, les clefs de répartition définies n'ont que très partiellement tenu compte des études analytiques réalisées au moment de la préparation de la réforme²³⁶. L'assurance maladie est ainsi appelée à continuer à couvrir une partie du coût de la dépendance sans que cette charge soit explicitement définie.

En particulier, la répartition des charges de personnel en institution, dont plus de 60 % incombent à l'assurance maladie (hors personnel administratif), induit à terme, en raison des recrutements programmés dans le cadre du conventionnement des établissements, une déformation de la répartition de la charge au détriment de l'assurance maladie.

236) Cf. 1^{ère} partie, chapitre II : l'hébergement en institution.

Quant aux dépenses de SSIAD ou de certains soins de ville (actes infirmiers de soins notamment), elles constituent en quasi-totalité des aides à la dépendance compte tenu de la nature des prestations réalisées. Là encore, l'assurance maladie continue à jouer un rôle majeur de solvabilisation des personnes âgées dépendantes.

La légitimité du financement par l'assurance maladie d'une partie du coût des soins liés à la perte d'autonomie n'a donc pas été remise en cause, alors même que cette mission ne lui a pas été explicitement reconnue.

Cette position semble être également celle qu'ont retenue les pouvoirs publics dans le plan « vieillissement et solidarité » de novembre 2003 et lors de la création de la CNSA en juin 2004. La création de la caisse pouvait, en effet, être l'occasion d'opter pour un système de financement assurantiel sur la base de cotisations sociales ou pour un système « universel » financé par la fiscalité (CSG notamment). Il en a été différemment puisque le fonctionnement de la caisse reproduit et accentue le mélange de logiques déjà en œuvre : la caisse n'apporte qu'une centralisation des décisions de répartition de financements hétérogènes et sur une partie seulement de ces financements.

Outre une complexité qui rend difficiles le suivi et la prévision des financements mis en œuvre, cette organisation laisse à la charge de l'assurance maladie une part importante du coût de la dépendance et de sa croissance, alors même que cette branche de la sécurité sociale est déjà confrontée à des déficits particulièrement élevés (14 Md€ en 2004).

B – L'insuffisance des crédits de l'ONDAM médico-social

L'ONDAM médico-social fonctionnant selon une logique d'enveloppe limitative, le choix de ce mode de financement a conduit à limiter les dépenses consacrées à la réforme des établissements et au développement des places de SSIAD et d'accueil temporaire.

En outre, ce système n'a pas permis de maîtriser la dépense globale de l'assurance maladie pour les personnes âgées dépendantes, une partie de la charge étant reportée, à l'intérieur de l'ONDAM, de l'enveloppe médico-sociale sur l'enveloppe hospitalière mais aussi sur l'enveloppe des soins de ville, sans que, pour cette seconde enveloppe, ces dépenses puissent donner lieu à un quelconque encadrement.

1 – Des surcoûts et une enveloppe médico-sociale insuffisante pour mener à bien dans les délais la modernisation des EHPAD

Si la croissance de l'enveloppe médico-sociale de l'ONDAM consacrée aux personnes âgées a été particulièrement forte entre 2000 et 2004²³⁷, et encore plus rapide que celle des autres postes de dépenses de l'assurance maladie, les ressources affectées à celle-ci pour la prise en charge des personnes âgées n'ont pas permis d'atteindre les objectifs fixés pour la médicalisation des EHPAD. Initialement prévue pour s'achever en 1998, cette réforme a pris un grand retard, notamment pour des raisons financières. Fin 2004, on l'a vu, 3 732 conventions seulement avaient été signées contre un objectif de conventionnement de 8 000 établissements au terme de la réforme. Le surcoût d'une convention étant estimé à 231 000 €, la signature des 4 260 conventions restant à signer pour atteindre l'objectif engendrerait une charge pour l'enveloppe médico-sociale de 984 M€. Ce montant est à mettre en relation avec celui des mesures nouvelles comprises dans l'ONDAM personnes âgées de 2004, soit 347,5 M€.

Selon la DGAS et la DHOS, le besoin de financement pour achever la réforme s'élève à 608 M€ (158 M € pour financer de 2005 à 2008 les conventions déjà signées, 450 M€ pour financer la médicalisation des places restant à conventionner). Pour couvrir ce besoin, il reste 373 M € disponibles sur l'apport global de la CNSA au 1^{er} janvier 2005. C'est donc un financement complémentaire de 235 M€ qui reste à trouver pour couvrir les conventions de 2005 à 2007.

L'insuffisance de crédits disponibles tient notamment au fait que le plafonnement des surcoûts engendrés par la signature d'une convention, auquel il n'avait pas été donné de valeur réglementaire, n'a pas fonctionné²³⁸.

237) Croissance annuelle de 8,6 % à champ constant ; ce taux doit être minoré de deux points si l'on tient compte des reprises de crédits opérées sur la base de calcul de l'ONDAM.

238) La DHOS estime à 170 M€ le surcoût engendré par le non respect de ces plafonds.

2 – Un report non maîtrisé de la charge supplémentaire sur l'enveloppe soins de ville

Alors que la réforme prévoyait un financement par des mesures nouvelles et par un transfert de ressources de l'enveloppe soins de ville vers l'enveloppe médico-sociale de l'ONDAM (par l'intégration dans les forfaits versés aux établissements de dépenses jusqu'alors comptabilisées en soins de ville mais en fait liés à des soins consommés par les résidents) qui devait contribuer pour moitié au financement de la médicalisation (soit 915 M€), seuls 139 M€ de soins de ville avaient effectivement été réintégrés fin 2003 dans les forfaits soins et dans l'enveloppe médico-sociale. Cet écart par rapport aux objectifs résulte lui-même de deux facteurs déjà cités :

- la restriction en 2002 du périmètre du forfait, qui exclut désormais les frais de médicament pour les établissements non dotés d'une pharmacie à usage intérieur,
- l'introduction d'une possibilité de choix pour les établissements entre un forfait global et un forfait partiel, qui permet de recourir à des soins de ville remboursés tout en conservant la dotation de l'assurance maladie.

Bien que partielle, l'exécution du plan, plus onéreuse que prévue, n'a pu se faire qu'en consommant, outre l'enveloppe médico-sociale, un montant important de soins de ville qui n'avait pas été prévu au départ.

Faute de système d'information adapté, l'assurance maladie n'est pas en mesure de chiffrer le montant des dépenses de soins de ville correspondantes. Elle ne peut donc pas évaluer le véritable coût de la réforme. L'enjeu financier est pourtant significatif. La Cour estime à 1,370 Md€ les dépenses de soins de ville restant attachées à des personnes hébergées en établissement²³⁹.

239) La Cour a procédé en partant du coût des soins de ville rattachés à des résidents tel qu'évalué en 2001, soit 1,500 Md€, duquel elle a retranché le montant intégré dans les forfaits selon les données issues de SAISEHPAD en 2003 (130 M€).

Enfin, en dépit de surcoûts du conventionnement déjà supérieurs aux prévisions²⁴⁰, des besoins considérables de modernisation ne sont pas couverts, y compris dans les établissements conventionnés : besoins en personnel et besoins de rénovation et de mise aux normes (voir infra).

3 – Des financements consacrés aux SSIAD et à l'accueil temporaire médicalisés incompatibles avec les objectifs affichés

Les mesures nouvelles notifiées dans le cadre de l'objectif de dépenses « personnes âgées » de l'ONDAM pour assurer le financement de ces capacités supplémentaires ont représenté, de 2000 à 2004, environ 10 % du total des mesures nouvelles pour les SSIAD (143 M€ sur 1 447 M€) et 3,2 % pour les places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour (47 M€).

Concernant les SSIAD, les objectifs affichés en 2000 (création de 20 000 places sur cinq ans) sont en voie d'être atteints. Il demeure que le taux d'équipement actuel est loin de permettre la prise en charge de toutes les personnes âgées qui en auraient besoin.

Un retard important a été pris pour l'accueil temporaire²⁴¹.

III - Le rôle de la CNSA

Pour 2004, les moyens supplémentaires alloués au financement des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées, financés par l'ONDAM personnes âgées, étaient initialement de 327 M€²⁴². En cours d'année, les nouvelles sources de financement créées et qui alimenteront ultérieurement la CNSA, ont permis de les majorer de 151 M€, les portant à 478 M€

240) Il vont s'accroître dans les années à venir du fait d'un assouplissement des plafonds accordé aux établissements recevant un nombre significatif de résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer (circulaire du 30 août 2004) et aux établissements de moins de 60 lits (circulaire du 18 février 2005). Toutefois, cet assouplissement s'accompagne en contrepartie d'une application stricte de la règle de plafonnement de la dotation à « Dominic + 35 » aux autres établissements.

241) Cf. 1^{ère} partie – chapitre I-II D2.

242) Il s'agit des moyens dégagés par l'évolution de 10,02 % de la base retenue pour le calcul de l'ONDAM 2005. Le disponible réel était de 347 M€ en début d'année si l'on tient compte des 13,5 M€ des bases régionales inutilisées en fin de campagne budgétaire 2003 et des 7 M€ provenant de transfert en provenance de l'enveloppe USLD (fermeture de places de l'AP-HP).

Pour 2005, la CNSA a apporté 368 M€ pour ces mêmes établissements et services, dont 151 M€ au titre de la reconduction des moyens alloués en 2004 et 217 M€ de ressources nouvelles. Cet apport est égal aux mesures nouvelles provenant de l'assurance maladie (217 M€) soit, au total, 434 M€ de moyens supplémentaires alloués au secteur. Ce qui, dans la présentation du plan "vieillesse et solidarité", devait constituer un financement supplémentaire, a ainsi permis de financer une partie de l'ONDAM personnes âgées et d'atténuer la progression du financement direct par l'assurance maladie : les mesures nouvelles financées par l'assurance maladie sont inférieures de 110 M€ en 2005 à leur niveau de 2004.

Les moyens supplémentaires alloués en 2005 au financement des structures médico-sociales pour personnes âgées conduisent par ailleurs à un taux de croissance global des financements pour les établissements pour personnes âgées certes élevé (environ + 11 %) mais inférieur au taux de croissance de ces moyens en 2004. L'augmentation globale des ressources en 2005 se rapproche ainsi de la croissance moyenne de l'ONDAM personnes âgées de 1999 à 2003, 2004 apparaissant comme une année à part où la progression a été plus forte grâce à la combinaison des financements nouveaux et de la poursuite de l'effort de l'assurance maladie sur sa tendance antérieure.

On peut enfin remarquer que la CNSA disposera de manière certaine des crédits résultant de l'ONDAM personnes âgées puisque ceux-ci seront fixés par la loi de financement de la sécurité sociale. En revanche, ses ressources nouvelles seront fonction du rendement de la CSG, donc notamment de la conjoncture économique. Un écart pourra ainsi apparaître entre les enveloppes notifiées aux préfets sur la base des ressources prévisionnelles (ressources propres et ONDAM) et donc les dotations payées par les CRAM aux établissements d'une part, les recettes effectives de la CNSA d'autre part. La question de la comptabilisation et de la prise en charge de cet éventuel écart n'était pas réglée au moment de l'enquête de la Cour. A cette date, un éventuel écart semblait devoir rester, en trésorerie, à la charge de l'ACOSS.

Chapitre V

Les perspectives de financement

Face à des besoins appelés à fortement s'accroître, le système de financement actuel présente deux grandes faiblesses :

- *Un faible ciblage des aides* : par le jeu combiné de l'APA, des prestations d'assurance maladie, des dégrèvements fiscaux et des exonérations sociales, le dispositif croise en fait les conditions liées à l'état de dépendance et les conditions économiques pour aboutir à un nombre élevé de bénéficiaires, et à un effet de solvabilisation globalement important, mais qui ne répond pas pleinement aux besoins des personnes les plus dépendantes et n'est pas totalement adapté aux différents niveaux de revenus.
- *Des sources de financement dont le potentiel de progression reste incertain* : le financement se caractérise par une forte imbrication (assurance sociale, aide sociale, dépense budgétaire de collectivités diverses, dépense fiscale), à un degré qui semble sans équivalent à l'étranger, selon un partage qui n'est ni stabilisé ni transparent et qui ne résulte pas d'une réflexion d'ensemble sur la progression possible des recettes et des charges.

I - Des problèmes majeurs à moyen et long terme

Les perspectives en matière de besoins d'équipements et de services sont incertaines. Un travail de projection concernant les places en établissements vient d'être amorcé par le Commissariat général du plan²⁴³. En matière d'aide à domicile, rien de tel n'est encore programmé.

Le Plan « vieillissement et solidarité » ne trace quant à lui aucune perspective au-delà de 2008.

Les exercices de projection des coûts sont rares et partiels, et donnent des résultats très divergents en fonction des hypothèses retenues. Les seules études actuellement disponibles portent sur l'APA. Elles sont marquées par de fortes incertitudes. Il n'existe aucune projection en matière d'évolution des dépenses d'assurance maladie.

A – Le financement futur de l'APA

L'appréciation de la robustesse du système de financement de l'APA est d'autant plus difficile que le coût à venir de cette allocation reste incertain. Les projections se heurtent en effet à quatre incertitudes :

- sur l'évolution des effectifs de personnes âgées dépendantes,
- sur la répartition à venir de ces personnes entre domicile et établissement et entre niveaux de dépendance,
- sur l'évolution du coût unitaire de l'APA en fonction notamment des coûts salariaux ou de la composition des plans d'aide,
- sur le montant à venir des retraites et donc sur la capacité contributive des personnes âgées.

Deux exercices de projection sont à ce jour disponibles : celui de l'INSEE et celui de la direction de la sécurité sociale. Les résultats obtenus varient de façon importante en fonction des hypothèses retenues.

243) Il a donné lieu à un premier rapport, « Prospective des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes », remis au gouvernement en juillet 2005.

1 – Une projection de l'INSEE à l'horizon de 2020 et de 2040

Pour sa projection sur le coût de l'APA, l'INSEE s'est fondé sur les hypothèses suivantes²⁴⁴ :

- un nombre de personnes âgées dépendantes de 955 000 en 2020 et de 1,2 million en 2040 (soit une hausse de 43 % par rapport à 2000, voir projection de la page 18),
- l'indexation des plafonds d'APA sur les prix (stabilité de ces plafonds en euros constants),
- la stabilité de la répartition des personnes âgées entre domicile et établissement et entre niveaux de dépendance (GIR),
- l'augmentation du niveau moyen des retraites en prenant en compte la réforme des retraites de 2003.

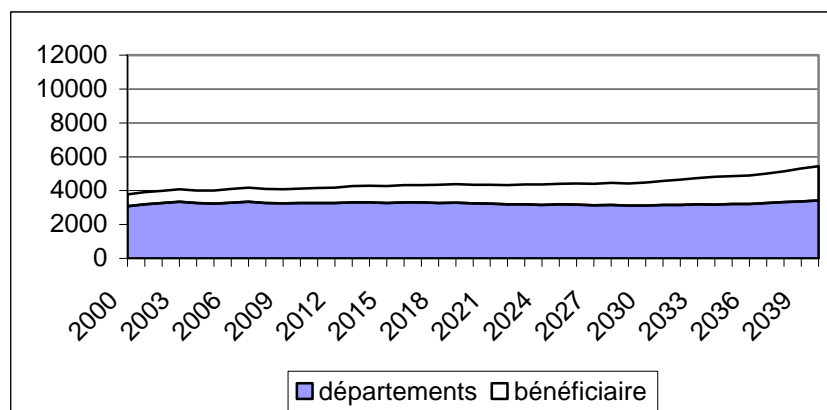
Sur cette base, l'INSEE prévoit que les dépenses d'APA (coût pour la collectivité et participation des bénéficiaires) passeront de 3,73 Md€ en 2000 (rétroprojection théorique puisque l'APA n'existait pas) à 4,3 Md€ en 2020. Sur ces 4,3 Md€, 3,2 seraient pris en charge par la collectivité, soit 74 % du coût global.

En 2040, le coût global de l'APA pour la collectivité et les bénéficiaires serait de 5,4 Md€, soit une augmentation au même rythme que le nombre de personnes âgées dépendantes entre 2000 et 2040, supposant donc la stabilité de la dépense moyenne par personne dépendante. Sur ces 5,4 Md€, 3,4 seraient à la charge de la collectivité, soit 63 % du coût global. La progression du coût de l'APA serait donc très faible.

L'hypothèse déterminante dans cette projection porte sur l'évolution des retraites. L'APA est, en effet, soumise à un ticket modérateur (talon) qui croît avec les ressources du ménage. L'hypothèse faite par l'INSEE d'une augmentation du niveau moyen des pensions des nouvelles générations de retraités conduit à prévoir une augmentation de la population de bénéficiaires devant participer au financement de leur plan d'aide. Ce sont les bénéficiaires de l'APA qui supporteraient ainsi l'essentiel de l'augmentation des dépenses liées à leur dépendance : leur participation passerait de 746 M€ en 2004 à 1 101 M€ en 2020 et 2 018 M€ en 2040. La part de ce ticket modérateur passerait de 20 % en 2004 à 26 % en 2020 et 37 % en 2040.

244) INSEE – La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme – Série des documents de travail de la Direction des études et des synthèses économiques - avril 2004.

Projection du coût de l'APA avec indexation sur les prix (M€)

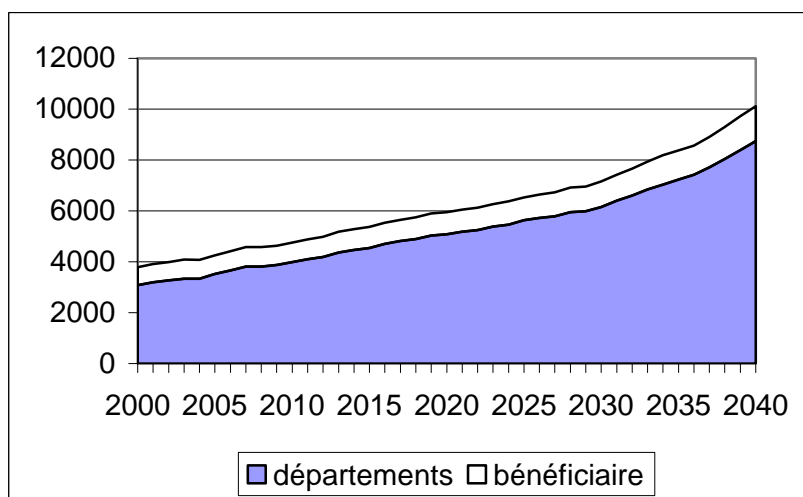


Source : INSEE

Ces résultats sont dès à présent profondément remis en cause : en effet, les coûts constatés d'APA pour la collectivité (3,65 Md€) sont déjà, en 2004, supérieurs aux coûts projetés par l'INSEE pour 2020 (3,2 Md€) et 2040 (3,4 Md€).

Les résultats de l'étude sont beaucoup plus défavorables si on suppose que les barèmes de l'APA évoluent au même rythme que les salaires. Dans cette hypothèse, qui tiendrait mieux compte de l'évolution probable du coût des aides aux personnes dépendantes mais qui se borne encore à raisonner à service rendu constant, le coût global de l'APA serait de 6 Md€ en 2020 dont 5,1 Md€ pour la dépense publique (soit une augmentation de 40 % par rapport à 2004) et de 10 Md€ en 2040 dont 8,7 Md€ de dépense publique. La part restant à la charge des bénéficiaires diminuerait sensiblement, passant de 20 % en 2004 (736 M€) à 14 % en 2020 (860 M€) et se stabilisant à cette hauteur à l'horizon de 2040 (1 371 M€).

La comparaison des résultats des deux scénarios permet deux conclusions : la première est que, comme pour toute évolution de système de prestations sur le long terme, la modalité d'indexation est une variable déterminante ; la seconde est que, sauf à laisser se déprécier très fortement la valeur réelle de la prestation, c'est-à-dire en fait à baisser le nombre d'heures d'assistance déjà trop faible aujourd'hui dans les cas de forte dépendance, le coût de l'APA croîtra plutôt comme dans le second scénario, si les conditions d'octroi demeurent inchangées.

Projection du coût de l'APA avec indexation sur les salaires (M€)

Source : INSEE

D'autres éléments peuvent également remettre en cause les hypothèses de cette étude :

- les perspectives d'évolution des retraites sont encore incertaines du fait du caractère très récent de la réforme du régime. Selon la DREES, il faudra attendre encore trois ou quatre ans avant que les travaux du conseil d'orientation des retraites permettent, à partir des projections sur les futurs droits à pension et leur dispersion, de tracer des perspectives relatives aux pensions moyennes. Pour un dispositif dans lequel la participation des bénéficiaires dépend du revenu, le niveau moyen des pensions mais aussi leur dispersion sont des éléments déterminants pour calculer le coût restant à la charge de la collectivité ;
- les projections se font sur la base du postulat que le nombre de bénéficiaires potentiels actuels a déjà été atteint et qu'il suffit donc de projeter cette base dans l'avenir en fonction de l'évolution démographique. Il est pourtant possible qu'un nombre significatif de personnes pouvant prétendre à l'APA n'en bénéficient pas encore et se manifestent dans les prochaines années ;
- surtout, les conséquences de la revalorisation des métiers liés à la dépendance, du fait de l'amélioration des qualifications, ne sont pas prises en compte, bien que cette amélioration soit une composante importante de la politique annoncée en faveur des personnes âgées dépendantes.

2 – Une estimation de la DSS à l’horizon 2020 à partir des projections de population âgée dépendante de la DREES

Sur la base d’un nombre de personnes âgées dépendantes (équivalent GIR 1 à 4) estimé à 800 000 en 2000 (hypothèse basse de l’enquête HID), la DREES prévoit qu’à l’horizon 2020, le nombre de personnes âgées dépendantes serait de 1 004 000 dans un scénario central (soit une augmentation de 25 %), de 912 000 dans un scénario optimiste et de 1 055 000 dans un scénario pessimiste. Le scénario central est donc, sur ce point, plus élevé que celui de l’INSEE.

En prenant l’hypothèse d’une répartition constante des bénéficiaires entre domicile et établissement et entre GIR, et d’une évolution du coût moyen des plans d’aide (c’est-à-dire des salaires des intervenants puisque 90 % des plans d’aide servent à financer des interventions humaines) de 3,7 % pour les premières années, puis de 1,6 % pour les années suivantes²⁴⁵, le coût prévisionnel de l’APA à l’horizon 2020 serait le suivant, en euros constants :

Coûts estimés* pour la collectivité à l’horizon 2020 selon les scénarios considérés avec indexation sur les salaires

En Md€

	2010	2015	2020
Scénario pessimiste	4,5	5,4	6,2
Scénario central	4,4	5,1	5,9
Scénario optimiste	4,2	4,7	5,3

*sous l’hypothèse d’un taux de recours à la prestation de 100 %

Source : DGAS

La projection à 2020 indique un coût pour la collectivité bien supérieur à la projection INSEE : 5,9 Md€ en 2020 dans le scénario central, soit 2,75 Md€ de plus que la dépense effective d’APA pour la collectivité en 2003 (cf. tableau supra). Le coût pour la collectivité pourrait ainsi augmenter chaque année de 160 M€

On notera enfin que cette projection, comme celle de l’INSEE, ne prend en compte qu’une partie des facteurs de hausse des coûts. Contrairement à celle de l’INSEE, elle tient compte d’une partie de l’évolution des salaires mais pas de celle des pensions.

245) Taux d’évolution des salaires réels prévus à l’horizon 2020 par le conseil d’orientation des retraites.

En tout état de cause, il apparaît qu'une indexation de l'APA sur les prix, compte tenu des facteurs conduisant à la hausse des coûts des prestations ne peut conduire qu'à une érosion du pouvoir d'achat de l'APA.

Les projections pour les autres dépenses (assurance maladie, dépenses fiscales) sont pratiquement inexistantes. Comme le soulignait la Cour dans son rapport sur la sécurité sociale de 2003, les administrations et les caisses concernées ne se sont pas dotées des outils nécessaires pour évaluer les conséquences du vieillissement et de la progression des situations de dépendance sur les finances de la sécurité sociale.

Il existe ainsi un décalage entre l'accumulation de facteurs de hausse des coûts et la rareté voire l'absence de travaux de projection et d'organisation du financement à venir.

B – Le coût de la modernisation des établissements

La Cour a procédé à des projections concernant le coût de la modernisation des établissements. Ces travaux ne sauraient remplacer les analyses plus fines de la part des administrations concernées. Ils donnent néanmoins des ordres de grandeur de l'enjeu financier et montrent qu'il peut être plus important que celui du coût direct de l'APA.

Comme déjà indiqué, la réforme tarifaire des EHPAD comporte un objectif très large d'amélioration de la qualité, formalisé par l'obligation de conformité au cahier des charges d'avril 1999 pour les établissements signataires de conventions.

1 – Le coût d'un renforcement des taux d'encadrement

Il n'existait pas de données précises sur les personnels des établissements au moment du lancement de la réforme. On pouvait néanmoins estimer que les taux d'encadrement se situaient entre 0,34 et 0,32 tous personnels confondus et entre 0,22 et 0,20 personnel soignant par lit hors USLD²⁴⁶.

246) Enquête EHPA 1996 et enquête HID de 1998.

Les conventions passées jusqu'à présent auraient permis une première amélioration de ce taux d'encadrement d'environ 0,05 ETP soignant par lit ce qui semble encore éloigné des référentiels d'encadrement comparables ou jugés souhaitables. Ces derniers font généralement ressortir un taux d'encadrement minimal de l'ordre de 0,35 ETP soignant par lit.

Le taux moyen d'encadrement étant en 2003, tous EHPA confondus (USLD et foyers-logements compris)²⁴⁷ de 0,18 soignant par lit, l'atteinte de l'objectif de 0,35 soignant par lit impliquerait la création d'environ 100 000 emplois²⁴⁸. 15 000 de ces emplois ont été créés par la signature des conventions en 2004. Si l'on escompte un nombre de créations identique pour 2005, il resterait à créer 70 000 emplois de soignants à compter de 2006.

Ces informations sont à mettre en relation avec le financement total du plan « vieillissement et solidarité » consacré aux conventions -488 M€ qui autorise la création de 13 000 ETP soignants, et la fin du conventionnement qui, quant à lui, créerait 32 000 ETP si les conditions de conventionnement demeurent inchangées (voir supra chapitre II).

D'une part, le plan « vieillissement et solidarité » ne couvre pas la fin du conventionnement à conditions identiques, d'autre part les conventions ne répondent pas aux besoins en personnels qui ressortent des référentiels.

En raison du caractère sensible de cette question, particulièrement mise en lumière après la canicule d'août 2003, le ministère n'a jamais affiché de taux cible²⁴⁹ et a opté, on l'a vu dans la 2^{ème} partie, pour la logique de conventions négociées individuellement dans la limite d'un plafond sans norme ni référence.

247) DREES, Etudes et résultats, n° 379, février 2005.

248) Si la cible en termes de places est de 624 000 lits.

249) Les taux cibles doivent, en tout état de cause, être formulés en fonction des points GIRS d'un établissement et non de son nombre de lits, puisque les besoins en personnel dépendent également de la charge en soins nécessaire.

2 – Le coût d'une mise aux normes et d'une modernisation des établissements

Les études menées par l'UNIOPSS, la CNAVTS et l'IGAS²⁵⁰ convergent. Les maisons de retraite et les logements-foyers créés ou adaptés dans les années 80 nécessitent une modernisation : 20 à 30 % des lits ne seraient pas conformes aux normes de sécurité-incendie, et les locaux, souvent issus d'extensions successives, feraient obstacle à une organisation optimale du travail et à une bonne prise en charge des résidents. Selon une étude de la DREES²⁵¹, près de 20 % des résidents ne bénéficient pas de chambre individuelle,

La seule mise aux normes de sécurité incendie, qui ne constitue qu'un sous-ensemble de la rénovation, a été chiffrée à 9 000 € par lit dans la circulaire d'avril 2001 de la DAGPB (relative à l'engagement des crédits d'Etat) et concernerait, selon cette circulaire, au minimum 20 % des lits, soit un investissement à prévoir de 1,2 Md€²⁵².

Le coût global de la rénovation d'un lit, mise aux normes comprise, a été chiffré entre 25 000 € et 50 000 € dans l'étude de la CNAVTS de janvier 2004²⁵³. Le coût le plus élevé (50 000 €) est également celui qui ressort d'une enquête de l'UNIOPSS (mais en valeur 1997).

Une estimation nationale indique que 30 % des lits sont à rénover partiellement et 10 % à 15 % totalement : cette estimation est mentionnée dans l'enquête de l'UNIOPSS, dans le rapport IGAS déjà cité et reprise dans l'étude de la CNAVTS. Dans ce cas, l'investissement à prévoir varierait entre 7,6 Md€ et 15,8 Md€²⁵⁴.

250) « La prise en charge sociale et médico-sociale des personnes âgées face à la canicule de l'été 2003 », IGAS, 2004.

251) Les EHPA en 2003, locaux et équipements, DREES, Etudes et résultats n° 380, mars 2005.

252) Les résultats d'une enquête « sécurité incendie » réalisée par la DGAS en 2003 laissent quant à elles entrevoir que moins de 8 % des établissements, hors logements-foyers, faisaient l'objet d'un avis défavorable de poursuite d'activité de la part des commissions de sécurité.

253) Voir chapitre préliminaire.

254) $676\,000 \text{ lits} \times 0,45 \times 25\,000 \text{ €}$ ou $50\,000 \text{ €}$ La DGAS, pour sa part, estime plus conforme à la réalité un coût de rénovation de l'ordre de 10,4 Md€

Toutefois, l'étude de la CNAVTS propose un second calcul consistant à appliquer la rénovation, alors assimilée à la mise en conformité avec le cahier des charges des EHPAD d'avril 1999, à tous les lits non conventionnés, soit 480 000 lits environ. Dans ce cas, l'investissement à prévoir varierait entre 12 Md€ et 24 Md€²⁵⁵.

La fourchette des montants d'investissement à prévoir pour la modernisation des EHPA va ainsi du simple au triple, selon les études, avec un socle minimum de 1,2 Md€ pour la seule mise aux normes de sécurité-incendie.

L'imprécision des estimations et l'importance des besoins à couvrir, quel que soit le cas de figure, retiennent là aussi l'attention.

Le coût de ces mises aux normes reposera essentiellement sur le tarif hébergement et risque donc de faire augmenter fortement les tarifs appliqués aux résidents. Il n'est en conséquence pas évident que la règle actuelle puisse demeurer inchangée. La nécessaire augmentation des capacités d'accueil jouera dans le même sens.

3 – Les conséquences des évolutions démographiques sur les coûts

L'évolution démographique de la population âgée hébergée entraîne des besoins, les uns liés à son vieillissement, les autres à son augmentation quantitative.

a) Un effet structure dû au vieillissement de la population hébergée

Le vieillissement de la population hébergée induit une augmentation rapide de son niveau de dépendance, visible dans l'évolution annuelle du GIR moyen pondéré, à nombre constant de résidents.

Cet effet de structure induit mécaniquement une croissance des forfaits de soins versés par l'assurance maladie et des tarifs dépendance pris en charge par l'APA, les deux étant calculés à partir des points GIR.

255) 480 000 lits x 25 000 € ou x 50 000 €

En ce qui concerne l'APA, le département d'Ille-et-Vilaine a constaté que, de 2002 à 2003, l'augmentation du GIR moyen pondéré de cinq points a entraîné une augmentation de 2 % du coût de l'allocation. Au niveau national, le coût de l'augmentation d'un point GIR du GMP peut être estimé à 4,2 M€²⁵⁶.

Pour l'assurance maladie, le coût d'un point GIR supplémentaire est difficile à estimer. Il serait donc nécessaire que soient réalisées des simulations des dépenses supplémentaires occasionnées, pour l'assurance maladie et l'aide sociale, par cet effet de structure, inéluctable en l'état actuel des techniques médicales. Jusqu'à présent, il n'a pas été pris en compte lors des cadrages budgétaires annuels réalisés par la DHOS avant notification des enveloppes limitatives aux régions, mais devrait l'être prochainement.

b) L'augmentation des capacités d'accueil

Aucun crédit supplémentaire n'a été notifié pour la création de lits en EHPAD jusqu'en 2003. En 2004, 3 390 nouvelles places ont été financées.

Si les pouvoirs publics ont incité les départements (DDASS et conseils généraux) à cerner les besoins prévisibles dans le cadre des nouveaux schémas gérontologiques définis dans la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les financements correspondants n'ont pas été dégagés.

Il a été relevé, dans la 1^{ère} partie, que les besoins en lits estimés dans les schémas gérontologiques en vigueur seraient de l'ordre de 36 000 lits d'ici 2008. Un besoin de 100 000 places nouvelles d'ici 2010 était aussi mentionné dans le rapport préparatoire au plan « vieillissement et solidarité »²⁵⁷.

256) $[1\ 050\ \text{M€}(\text{versés en 2003}) \times 0,02]$ divisé par 5.

257) Selon la DGAS, l'analyse des projections du rapport « vieillissement et solidarité » conduit à envisager, outre les rénovations, la création d'au moins 60 000 lits dans les EHPAD à l'horizon 2015, ce qui coûterait 4,2 Md€, sur la base de 70 000 €/par lit.

Une fois encore, la fourchette est large, mais il est vrai que la prévision est délicate, car elle ne doit pas être mesurée de manière purement mécanique, mais aussi de manière systémique, c'est-à-dire en tenant compte à la fois du développement des prises en charge favorisant le maintien à domicile, qui diminuent les besoins en lits, et, à l'inverse, de l'augmentation des diagnostics de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées qui créent une demande supplémentaire.

Le coût d'un lit créé serait, en investissement, de l'ordre de 70 000 € (étude CNAVTS de 2004 déjà citée), d'où un besoin de financement de l'investissement de l'ordre 2,5 Md€ d'ici 2008 pour la couverture des 36 000 lits supplémentaires inscrits dans les schémas.

Ces lits nouveaux entraîneront à leur tour des coûts de fonctionnement annuels pour l'assurance maladie et de prise en charge par l'APA qui, toutes choses égales par ailleurs, peuvent être estimés à 180 M€ pour l'assurance maladie et 81 M€ d'APA²⁵⁸.

Le tableau ci-dessous retrace, par financeur (à clef de financement inchangée), la charge annuelle que représente l'ensemble des éléments étudiés à l'exception de l'augmentation du GIR moyen pondéré. Concernant les besoins d'investissement, ils ont été comptés à la charge des résidents, pour 1/20^{ème} (durée normale d'amortissement des investissements) sans tenir compte du recours à l'emprunt.

258) Le coût moyen du lit pour l'assurance maladie (forfaits et soins de ville rattachés) est calculé à partir du montant versé aux EHPAD en 2003 et divisé par le nombre de lits conventionnés : sont ainsi exclus du calcul le coût constaté pour les lits d'USLD et celui des lits non conventionnés. Concernant l'APA, il s'agit du versement moyen constaté par la DREES, par lit par mois pour les 75 % de résidents classés en GIR 1 à 4 et multiplié par douze mois (36 000 lits x 0,75 x 251€ multiplié par 12). Si les lits supplémentaires étaient occupés par des personnes classées en totalité en GIR 1 à 4, le montant de dépenses APA serait de 108 M€. Si les nouveaux résidents occupant ces lits bénéficiaient déjà de l'APA à domicile (actuellement d'environ 5 000 € par an par bénéficiaire), la création de lits se traduirait au contraire par une économie pour l'APA de 72 M€ (36 000 x [5 000 € - 3 012 €] = 71,6 M€).

Coût annuel des besoins non encore couverts à la fin 2004 : personnel, investissement et mise aux normes, augmentation de la capacité d'accueil (hypothèse basse)

(En M€)

	Assurance maladie	APA	Résident
Taux d'encadrement à atteindre ²⁵⁹	2 200	900 x 0,69 = 621	900 + (900 x 0,31) = 1 179
Rénovation et mise aux normes : Charge annuelle d'amortissement sur 20 ans = 1/20ème			7 600/20 = 380 à 25000/20 = 1 250
Augmentation de capacités pour 36 000 lits et 100 000 lits supplémentaires	180 à 500	80 à 226	2 500 / 20 = 125 (pour 36 000 lits) à 7 000 / 20 = 350 (pour 100 000 lits)
Total (arrondi)	2 380 à 2 700	701 à 847	1 684 à 2 780

Ainsi, en dehors de l'effet structure lié au vieillissement de la population, inéluctable mais non chiffré, les besoins identifiés à la fin de 2003 sont considérables, même si dans tous les domaines les estimations se situent dans des fourchettes très larges en raison, d'une part, d'une connaissance insuffisante du secteur des EHPA et, d'autre part, de l'absence, parfois délibérée, de référentiels cibles.

C – L'évolution du coût de la prise en charge à domicile

Les dépenses de prise en charge à domicile reposent pour un tiers sur les dépenses d'APA. La DSS prévoit, on l'a vu, un coût global de l'APA pour la collectivité en 2020 de 5,9 Md€²⁶⁰. En faisant l'hypothèse du maintien de la répartition actuelle des coûts de l'APA entre domicile et établissement (soit 66 % du coût global de l'APA pour les personnes vivant à domicile), le coût pour la collectivité de l'APA à domicile en 2020 serait de 3,9 Md€, soit un surcoût de 1,8 Md€ par rapport à 2003 (soit 100 millions € de plus par an en moyenne).

259) Coût annuel de 85 000 emplois soignants (25 500 infirmiers et 59 500 aides soignants et aides médico-psychologiques) et 50 000 emplois d'agents de service supplémentaires. Le détail du calcul est présenté au E de l'annexe VII. Le chiffre de 85 000 correspond à l'objectif de 100 000 emplois après création de 15 000 emplois en 2004.

260) Dans l'hypothèse d'une indexation de l'APA sur les salaires.

Le reste des dépenses consacrées au maintien à domicile (deux tiers environ) repose essentiellement sur les dépenses d'assurance maladie : SSIAD et dépenses de soins de ville. L'absence de projections fiables sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie a déjà été signalée. Concernant les SSIAD, la projection se heurte d'abord à l'absence de référentiel cible en matière de taux d'équipement. Aujourd'hui, il existe environ une place de SSIAD pour 6 personnes âgées dépendantes vivant à domicile. Si on retient l'hypothèse d'un nombre de personnes âgées dépendantes d'un million en 2020 dont deux tiers vivant à domicile (proportion constatée lors de l'enquête HID), il faudrait créer 30 000 places supplémentaires d'ici 2020 pour maintenir constant le ratio d'une place pour six personnes âgées dépendantes. En considérant que le coût moyen en fonctionnement d'une place est de 10 000 € par an, le coût supplémentaire annuel à l'horizon 2020 pour l'ONDAM personnes âgées serait de 300 M€. Pour atteindre un ratio de une place pour trois personnes âgées dépendantes vivant à domicile dans le double objectif d'améliorer la situation de ces personnes et de limiter la nécessité d'une entrée en institution (et donc le coût supplémentaire induit), il faudrait créer 140 000 places, ce qui engendrerait un coût annuel supplémentaire sur l'ONDAM personnes âgées de 1,4 Md€²⁶¹. Estimer le coût réel pour l'assurance maladie supposerait de déduire le montant des remboursements qui auraient continué à être effectués aux personnes concernées sur les soins de ville si elles n'avaient pas été prises en charge par des SSIAD, mais les éléments de ce calcul ne sont pas disponibles.

261) Le même type de calcul pourrait être fait pour les places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire dont le coût se répartit entre l'assurance maladie (environ 7 000 € par an pour une place d'accueil de jour et 10 000 € par an pour une place d'hébergement temporaire), la dépendance et l'hébergement.

D – Récapitulation globale

Globalement, les éléments supplémentaires de coûts, qui ont été analysés ci-dessus²⁶² amènent à avancer, avec une nécessaire prudence, des ordres de grandeur du supplément de dépenses annuelles (projection pour l'année 2020 par rapport à 2003) de 3 à 4,7 Md€ pour l'assurance maladie, 2,8 à 3,8 Md€ pour l'APA et 1,6 à 2,7 Md€ à la charge des résidents en établissements²⁶³. L'effet cumulé de la démographie et de la réponse aux besoins d'amélioration de l'offre pourrait conduire à un accroissement encore plus important pouvant aller jusqu'au doublement de l'effort actuel.

A règles inchangées, ces besoins posent un problème crucial de mobilisation des financements au-delà de ce qui est prévu par le plan « vieillissement et solidarité » de novembre 2003.

II - Des choix nécessaires

Le dispositif français s'est construit empiriquement, par adjonctions successives, et sans que soient abordées clairement certaines alternatives pourtant importantes. Dans son état actuel, il combine des logiques diverses, en ce qui ressemble moins à une répartition rationnelle qu'à un résultat de l'irrésolution. Une part des incertitudes et du manque de perspectives qui pèsent sur son avenir provient de cette difficulté à faire des choix ; il n'est pas certain qu'une telle attitude puisse encore être tenue longtemps, du fait du tour critique que vont prendre certains problèmes.

A – La simplification du dispositif

Ce choix semble possible : on trouve à l'étranger des pays où il a été exercé, assez récemment, par voie de réforme et après débat public. Les sources de financement peuvent ne pas être aussi nombreuses qu'en France, même s'il n'est nullement contesté que la dépendance est un phénomène composite dont le mode de financement ne peut être unique ; les mécanismes de prélèvement peuvent être plus directement compréhensibles par les citoyens ; leur gestion peut ne pas être aussi éclatée entre de multiples responsables ou, si elle est partagée, elle peut l'être sans équivoque (voir annexe 9 consacrée à l'Allemagne, à la Suède et au Royaume-Uni).

262) APA, achèvement du conventionnement des établissements, taux d'encadrement à atteindre, rénovation et mise aux normes, augmentation des capacités de 36 000 lits en établissements, 30 000 à 140 000 places de SSIAD.

263) Calcul détaillé au E de l'annexe 7.

La complexité ne suffit certes pas à condamner un système. Mais, d'une part si elle est excessive, elle présente de nombreux inconvénients : obstacle au contrôle démocratique, dispersion des responsabilités, difficulté du pilotage, quasi-impossibilité de motiver et de mobiliser le corps social autour d'une cause clairement commune. D'autre part, face aux perspectives d'augmentation sensible des besoins de financement, un dispositif aussi complexe risque de ne pas permettre les choix, de dégager des ressources nouvelles et de répondre à l'évolution des difficultés. En d'autres termes, il s'agit de savoir si des financements nouveaux, compris entre 40 et 100 % des montants actuels en euros constants ont plus de chances d'être trouvés, dans les deux prochaines décennies, par une succession de mesures partielles, hétérogènes, ou au contraire par la mise en œuvre d'un système global et affecté, conçu pour être modulable par ses taux, alliant quelques mécanismes simples en un ensemble cohérent et suffisamment transparent. L'exemple du système allemand montre que la simplicité d'une cotisation globale spécifique n'exclut pas l'articulation avec des mécanismes secondaires d'aide sociale et d'assurance privée.

Certes, les financements à trouver sont moins considérables que ceux qu'appellent d'autres chantiers de la sécurité sociale, et le problème principal de la prise en charge des personnes âgées dépendantes est de créer une organisation cohérente et efficace pour répondre en quantité, en qualité et en continuité à leurs besoins. Mais cette analyse plaide aussi pour que soit réformé un dispositif peu clair, facteur de déperdition d'énergie, de temps et d'information.

B – La répartition des financements et des aides de la collectivité

La combinaison actuelle de financements n'est ni complètement explicite ni suffisamment stable. Elle ne donne guère de vision du moyen terme, ni même du court terme, aux deux financeurs principaux que sont les départements et l'assurance maladie. Comme les besoins globaux sont orientés à la hausse, ces financeurs sont fondés à craindre d'être mis à contribution pour des montants importants bien que non cernés.

Cette situation appelle deux types d'éclaircissements. A logique d'ensemble inchangée, il faut donner aux lignes de démarcation de la stabilité et donc une logique ferme. Si la formule ternaire : sanitaire-aide sociale-hébergement, est confirmée, il faut soit se donner les moyens de respecter le principe du cantonnement du financement par l'assurance maladie aux prestations à caractère sanitaire, soit expliciter la nature et l'ampleur des compléments qu'on lui fera supporter.

Peut-être convient-il, cependant, de raisonner en fonction de la dynamique prévisible de la dépense, pour savoir s'il faut effectivement conserver les principes de répartition actuels et déterminer quels financeurs seront assez solides pour contribuer à hauteur des besoins nouveaux.

On peut douter que les départements, confrontés à la croissance d'autres demandes (RMI notamment), soient nombreux à pouvoir solliciter davantage leur ressource fiscale ; il faut donc se demander quel potentiel d'extension des ressources leur parviendra par l'intermédiaire de la CNSA. L'assurance maladie, de son côté, aura besoin de ressources nouvelles si on veut l'engager davantage dans la prise en charge des personnes dépendantes, et il serait préférable que le choix soit explicite. La contribution de l'Etat, enfin, dont l'essentiel, sous forme de dépenses fiscales, ne bénéficie que partiellement aux personnes dépendantes, mériterait d'être repensée dans le sens d'un ciblage plus précis.

Le total de la dépense socialisée en matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes (coût de la dépendance et coût des soins) a été évalué par la Cour à un peu plus de 1 % du PIB. Ce chiffre n'est ni démesuré en lui-même ni exorbitant par rapport à la situation constatée, par l'OCDE, dans des Etats comparables²⁶⁴ ; il ne peut donc être exclu par principe de le voir croître.

Cependant, la clarification nécessaire implique que la réflexion s'étende aux perspectives du recours à la capacité contributive future des ménages.

Pour les raisons exposées dans le chapitre préliminaire de ce rapport, il ne faut pas attendre de la prise en charge par les aidants familiaux qu'elle progresse sensiblement et allège ainsi la dépense monétaire. Quant à cette dernière, elle pose deux questions : d'une part comment la capacité contributive globale des ménages âgés va-t-elle évoluer ? D'autre part, le nombre des personnes âgées dépendantes dont les ressources (et celles de leur entourage) sont déjà inférieures à la dépense moyenne de prise en charge va-t-il croître ou diminuer ? Les éléments de réponse disponibles sont très partiels à ce jour ; il faudra attendre quelques années notamment avant de pouvoir tirer des conclusions opératoires des projections concernant les retraites. Il semble cependant que la hausse des coûts de la prise en charge conduise à ce que la proportion de la population incapable de supporter la dépense prévue augmente.

264) « Long term care for older people » OCDE, 2005

C'est pourquoi des options doivent être étudiées rapidement dans deux domaines qui avaient jusqu'ici peu de raisons de paraître prioritaires.

Dans le domaine de la prise en charge par la collectivité, des mesures de ciblage pourraient être envisagées.

- L'addition des dispositifs actuels a pour effet de toucher un très grand nombre de bénéficiaires. L'ensemble n'est pas concentré sur les personnes les plus dépendantes et les plus démunies qui subiront le plus directement le renchérissement des coûts. Une adaptation de l'APA a certes eu lieu en 2003, mais des pays comme la Suède ou la Grande Bretagne ont fait des choix plus drastiques sans pour autant abaisser le total de la dépense publique. Aujourd'hui, une part globalement importante de l'APA bénéficie aux personnes classées en GIR 4. Sur 2,6 Md€ d'APA versés en 2004 à des personnes restées à leur domicile, 1 Md€ est allé aux personnes classées en GIR 4 et seulement 150 M€ à des personnes en GIR 1²⁶⁵. L'insuffisance du barème par rapport aux besoins des personnes les plus dépendantes, la croissance de leur nombre et les autres besoins à financer devront amener à choisir entre mobiliser des ressources nouvelles ou rendre plus sélectives les conditions d'attribution de l'APA aux personnes du GIR 4.

- De même, un meilleur ciblage des allègements fiscaux sur les personnes les plus dépendantes ou les plus démunies, ou le plafonnement de certains allègements généraux permettrait de réduire le coût des dépenses fiscales et de redéployer les ressources ainsi dégagées sur des dispositifs plus ciblés (APA, incitations à l'assurance privée notamment).

Le second domaine est celui de la complémentarité entre prise en charge socialisée et assurance privée, notamment pour tirer parti du fait qu'une partie de la population a les moyens de recourir à la seconde.

265) Voir C annexe 7.

C – La place de l'assurance privée

Les premières initiatives de compagnies d'assurance sont apparues à la fin des années 80 ; aujourd'hui le marché compte une trentaine d'opérateurs de statuts divers, mais les parts de marché restent assez concentrées. La progression a été assez sensible, pour atteindre aujourd'hui entre 2 et 2,5 millions des personnes concernées²⁶⁶, ce qui place la France, par le nombre d'adhésions, en deuxième position des pays d'Europe (après l'Allemagne, où une partie des couches les plus aisées de la population est *de facto* obligée de contracter une assurance privée) et derrière les États-Unis (6 à 7 millions de personnes couvertes). En 2004, 1,84 million (1,7 million en 2003) de personnes étaient assurées par des sociétés d'assurance, 600 000 environ par les mutuelles (2003), et un nombre indéterminé par les institutions de prévoyance.

Les contrats sont à adhésion individuelle ou collective dans le cadre d'entreprises ou dans un cadre mutualiste ; ils se partagent entre contrats dans lesquels la dépendance constitue le risque principal et contrats dans lesquels elle constitue une garantie complémentaire d'une épargne-retraite ou d'une garantie-décès.

Les garanties offertes sont le plus souvent des rentes mensuelles forfaitaires, fixées lors de la signature du contrat²⁶⁷. Lorsque la dépendance est le risque principal, les cotisations sont versées "à fonds perdus" ; il n'y a d'ouverture du droit qu'en cas de survenance de la dépendance, et même seulement, dans la majorité des contrats, en cas de "dépendance totale". La définition du risque varie d'un assureur à l'autre, et la dépendance "partielle" pose des problèmes de prévision du risque qui constituent un facteur de renchérissement de la couverture.

Le mécanisme étant encore en phase de démarrage, peu de prestations ont déjà été versées. Mais en tout état de cause, il paraît peu probable qu'il connaisse dans sa forme actuelle un développement décisif, d'autant que ces dispositifs facultatifs laisseront nécessairement à l'écart les populations les moins aisées.

La commercialisation est considérée par les professionnels comme difficile. Les produits actuels sont relativement peu attractifs : leurs tarifs sont d'autant plus élevés que les assurés sont plus âgés au moment de la souscription (or l'âge moyen à la souscription est de 64,5 ans) ; ils offrent des rentes forfaitaires (non indexées sur le coût des soins et prestations)

266) Selon la Société commerciale de réassurance (SCOR).

267) Aux États-Unis, il s'agit plutôt d'indemnisation de frais effectifs, selon un dispositif complexe qui n'a du reste pas rencontré un grand succès ; l'essentiel des dépenses relatives à la dépendance reste couvert dans le cadre de programmes publics.

qui peuvent paraître peu en rapport avec le coût prévisible des dépendances, et que la profession a dû compléter, pour donner de l'attractivité aux contrats, par des prestations de service à la personne (qui restent cependant à la charge de l'utilisateur). L'une des institutions commercialisant des contrats à adhésion individuelle a indiqué que la cotisation annuelle versée par les souscripteurs était en moyenne de 336 € et que les rentes actuellement versées à environ 1 800 personnes âgées en moyenne de 79 ans s'élevaient en moyenne à 7 335 € par bénéficiaire et par an.

L'on pouvait s'interroger sur l'application aux contrats de dépendance de la loi du 31 décembre 1989 sur la continuité des contrats, dite loi Evin²⁶⁸, compte tenu du fait que ces contrats ne sont pas identifiés en tant que tels dans le code des assurances. La direction générale du Trésor et de la politique économique a indiqué au cours du contrôle que cette loi inclut dans son champ d'application les opérations ayant pour objet la prévention ou la couverture des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés aux risques d'invalidité et que les opérations de dépendance rentrent bien dans ce cadre. Ce dispositif paraît plus favorable aux souscripteurs de contrats individuels et aux adhérents des contrats de groupe facultatifs qu'aux salariés adhérents de contrats de groupe obligatoires auxquels il n'accorde pas de droit à la reconduction du contrat une fois que le salarié a quitté l'entreprise.

Un autre obstacle à l'essor de l'assurance privée réside dans le manque d'information de la population sur son utilité même, pour deux raisons. D'une part, la perception du risque de dépendance, principal moteur de la souscription, reste très partielle, même s'il est à penser qu'elle va évoluer. D'autre part, la connaissance que les Français peuvent avoir de leur couverture sociale effective demeure approximative. Ainsi, d'après un sondage du Centre technique des institutions de prévoyance, 34 % des salariés pensent être couverts contre la dépendance par la sécurité sociale. Le discours des pouvoirs publics sur l'amélioration réelle de la prise en charge de la dépendance est lui-même de nature à entretenir cette ambiguïté, dès lors qu'il présente le dispositif de l'APA comme permettant la couverture du risque. Les assureurs eux-mêmes se heurtent à deux difficultés pour la mise au point de contrats : d'une part, l'évolution probable de la dépendance est mal connue et le risque de l'assureur est donc très mal cerné ; d'autre part, les modifications répétées des systèmes d'aide publique et la vraisemblance de nouvelles réformes accroissent l'incertitude sur le risque à courir.

268) Loi du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

Une partie des difficultés pourrait sans doute être levée si les pouvoirs publics étudiaient les potentialités de l'articulation entre prise en charge socialisée et assurance volontaire, de manière à répartir les populations²⁶⁹ et les risques. Toutes les dépenses provoquées par la dépendance ne sont pas, en effet, soumises à des aléas de la même amplitude et certaines sont plus facilement assurables - donc à moindre coût - par les opérateurs de marché.

La difficulté prévisible de la collectivité à financer l'ensemble des coûts futurs devrait conduire à chercher à mobiliser les capacités de financement individuelles par une incitation à l'assurance. Celle-ci pourrait être fiscale pour les catégories de la population dont les revenus sont les plus élevés et sous forme d'aide pour celles qui ne sont pas imposables mais peuvent supporter un effort d'assurance, comme il a été fait en matière de protection maladie complémentaire par l'aide à la souscription de la CMUC.

Parallèlement devront être recherchées des rationalisations possibles du côté de l'offre ; telle est du reste l'intention de l'administration des affaires sociales. Parmi diverses pistes, l'OCDE a souligné l'intérêt de la formule consistant à attribuer des aides financières dont l'emploi par les bénéficiaires est libre, formule pratiquée en Allemagne, aux Pays-Bas et aux Etats-Unis. Toutefois, pour intéressante que soit cette démarche, notamment dans la prise en charge au domicile, elle n'est pas suffisante pour résoudre un problème qui concerne, en fait, l'ensemble de la filière gériatrique. C'est donc sur l'ensemble du financement de cette filière des structures les moins médicalisées (foyers-logements en particulier) aux unités les plus médicalisées, que devra porter l'effort de réflexion et d'action des pouvoirs publics.

Certains des choix en matière de financement ne sont que difficilement séparables des choix institutionnels sur la répartition des responsabilités et des fonctions de gestion entre les acteurs.

269) En Allemagne, une obligation d'assurance privée a été instaurée pour une partie de la population.

RECOMMANDATIONS

1 - Sur les réflexions à engager pour promouvoir un système de financement plus simple, plus transparent et mieux contrôlable :

- Regrouper dans l'ONDAM personnes âgées tous les financements de l'assurance maladie aux EHPAD ;

- engager une réflexion sur le financement à moyen et long termes de la dépendance et sur les moyens de mieux cibler l'effort de la collectivité en :

- recentrant les dépenses de l'APA sur les personnes les plus dépendantes,
- incitant fiscalement ou sous forme d'aide selon les tranches de revenus à la souscription d'une assurance dépendance,
- recentrant certains avantages fiscaux sur les personnes dépendantes.

2 - Sur le recensement et les projections d'évolution des dépenses :

- Poursuivre l'élaboration d'un compte social de la dépendance des personnes âgées. Mieux identifier notamment les dépenses d'assurance maladie, les dépenses fiscales et les exonérations de cotisations sociales consacrées aux personnes âgées dépendantes ;

- étendre au secteur de l'aide à domicile le travail de projection des besoins en équipements, déjà engagé pour les établissements ;

- renforcer le travail de projection des coûts (taux d'encadrement, modernisation des établissements, évolution du degré de dépendance en fonction de l'accroissement de l'espérance de vie) ;

- établir des projections sur l'évolution de la charge pour chacun des financeurs.

Troisième Partie

**Améliorer la répartition des rôles entre
les acteurs et mieux assurer leur
coordination**

Le système français de financement de la dépendance ne résulte pas, on vient de le voir, d'un choix délibéré d'organisation rationnelle mais de l'assemblage progressif d'éléments communiquant difficilement entre eux et combinant mécanisme d'assurance sociale, soutien non contributif et aide sociale, dispositifs national et décentralisé, administration et caisses de sécurité sociale, maintien des institutions préexistantes et création de la CNSA.

Le schéma institutionnel qui en résulte apparaît ainsi davantage construit par empirisme qu'à la suite d'un choix explicite entre différentes logiques. Les acteurs sont nombreux à tous les niveaux, les dispositifs souvent cloisonnés par secteur, les coordinations multiples.

Dans cet ensemble, l'Etat, hors assurance maladie et dépenses fiscales, ne joue plus qu'un rôle financièrement réduit et ses administrations compétentes pour piloter la mise en œuvre de la politique peinent à coordonner leurs actions en dehors des périodes de crise. De même son rôle de coordination de l'action des caisses de retraite connaît des limites.

La décentralisation progressive de certaines responsabilités confiée, aujourd'hui, un rôle majeur aux collectivités départementales dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Toutefois, même si ces collectivités ont réussi à mettre rapidement en œuvre le dispositif servant l'APA, elles doivent encore beaucoup progresser pour assumer pleinement leur rôle en matière de planification et de programmation des équipements et des services sur leur territoire.

A cet égard, la séparation entre les secteurs sanitaire et médico-social qui traverse les dispositifs institutionnels et les financements en faveur des personnes âgées dépendantes crée des difficultés aggravées par la dispersion des compétences au sein de l'ensemble des autorités sanitaires et des caisses de sécurité sociale.

Clarifier, simplifier et mieux répartir les rôles des principaux acteurs institutionnels, concevoir les dispositifs autour des besoins de la personne et de la continuité des prises en charge, sont les objectifs que doivent s'assigner les responsables concernés pour répondre au défi de la dépendance dans les prochaines décennies.

Chapitre VI

Le rôle de l'Etat dans un contexte de décentralisation partielle

En créant en 2004 la CNSA, établissement public spécialisé, l'Etat lui a délégué des fonctions étendues, ce qui pose le problème du rôle qu'il souhaite conserver. La CNSA se voit confier, on l'a vu, la répartition et la gestion de l'enveloppe médico-sociale votée par le Parlement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale et des ressources supplémentaires créées pour financer l'aide aux personnes handicapées et aux personnes âgées dépendantes. Elle gère également le mécanisme de péréquation nationale instauré avec la création de l'APA. Les administrations centrales de l'Etat ne disposent pratiquement plus de moyens budgétaires pour agir financièrement sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes²⁷⁰.

Sur un plan organique, la CNSA est un établissement public, donc autonome, mais elle est liée à l'Etat par une convention d'objectifs et de gestion. Elle est qualifiée d'opérateur dans le champ de la protection sociale afférent à la perte d'autonomie, l'Etat conservant la mission de concepteur. C'est donc un opérateur très proche de l'administration dans son organisation et son fonctionnement qui ne peut être comparé à une agence disposant d'un réseau territorial²⁷¹ ; pour remplir ses missions, la caisse s'appuiera, comme les administrations centrales, sur les services déconcentrés de l'Etat (DRASS et DDASS). La mise en place de cette nouvelle entité apparaît donc principalement comme un moyen de

270) A l'exception des mesures fiscales.

271) Le décret n° 2005-373 du 20 avril 2005 relatif à la composition et au fonctionnement des instances dirigeantes et du conseil scientifique de la CNSA.

remédier à des problèmes de coordination et de pilotage que les administrations centrales de l'Etat auraient pu régler sans ajouter une structure supplémentaire.

Dans ce contexte, l'Etat "concepteur" devrait renforcer son rôle de pilotage en se dotant d'outils de suivi et de prévision adaptés aux enjeux en coordonnant les nombreuses administrations centrales et les établissements publics nationaux concernés, et en réorientant les missions de ses services déconcentrés.

I - La coordination des acteurs nationaux

La modicité des fonds budgétaires consacrés par l'Etat à la politique en faveur des personnes âgées dépendantes, déjà évoquée dans la deuxième partie²⁷², contraste avec le nombre des administrations centrales et des autres acteurs nationaux impliqués dans la définition, la gestion et le suivi de cette politique.

A – Un grand nombre d'administrations centrales et d'organismes publics nationaux

Cinq directions des ministères chargés des affaires sociales et de la santé participent à la conception, au pilotage et au suivi des actions en faveur des personnes âgées dépendantes.

La direction générale de l'action sociale (DGAS) et la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) pilotent conjointement la politique en faveur de ces personnes. La direction de la sécurité sociale (DSS)²⁷³, la direction générale de la santé (DGS)²⁷⁴ et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sont associées à cette politique.

272) Le caractère résiduel de l'action budgétaire de l'Etat en faveur des personnes âgées apparaît dans la présentation des crédits dans la nouvelle nomenclature budgétaire. L'action 5 « personnes âgées » du programme 3 « handicap et dépendance » de la mission interministérielle « solidarité et intégration » est dotée pour 2004 d'un peu plus de 41 M€ sur les 7 Md€ du programme et les 11,5 Md€ de la mission. Après les transferts organisés par la loi de décentralisation du 13 août 2004 le montant de l'action se réduit à 17 M€ (loi de finances pour 2005).

273) La DSS intervient dans le financement de l'offre de soins et de l'APA par la solidarité nationale.

274) La DGS intervient dans les domaines des pathologies, de la santé des personnes âgées et du plan national canicule.

La direction générale de l'action sociale (DGAS)

Le décret du 21 juillet 2000 sur l'organisation de l'administration centrale du ministère de l'emploi et de la solidarité confie le soin à la DGAS de déterminer les mesures relatives à l'aide et à l'action sociales en faveur des personnes âgées et d'élaborer les règles relatives aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, d'en organiser le contrôle et de veiller au respect des droits de leurs usagers.

Il lui confie le secrétariat du Comité national des retraités et des personnes âgées (CNRPA) et du Comité national de la coordination gérontologique.

La DGAS concourt aussi, en liaison avec la DGS et la DHOS, à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques conduites en direction des personnes âgées, notamment de solidarité entre les générations, de vie à domicile, d'aide aux aidants familiaux, de coordination gérontologique et d'amélioration de la qualité de vie et de la qualité des prises en charge en institution ou à domicile ou de l'accueil par des particuliers, à titre onéreux, de personnes âgées ; elle assure la tutelle sociale des régimes de retraite et joue un rôle important dans l'élaboration de la partie « action sociale » des conventions d'objectifs et de gestion (COG) signées par les caisses nationales avec l'Etat.

Elle propose, en liaison avec la DHOS, la politique de médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Elle participe, en liaison avec la direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction (DGHUC) à la mise en œuvre des politiques interministérielles de sécurité et de qualité dans les EHPAD.

Elle est chargée de la réglementation relative à la PSD et à l'APA et au suivi de leur mise en œuvre. Enfin, elle propose la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance, notamment en institution.

Au sein de la sous-direction des âges de la vie, le bureau des personnes âgées avec 13 postes budgétaires, soit 12,5 équivalents temps plein (ETP), constitue le noyau dur de la gestion de ces politiques en administration centrale. Deux conseillers techniques, un médecin gériatre et un architecte y concourent également, de même que le bureau de la protection des personnes, qui est en charge des tutelles, de la maltraitance et du contrôle des établissements.

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)

La politique en faveur des personnes âgées concerne trois sous-directions :

- au sein du pôle « organisation des soins, établissements et financement » :

. la sous-direction de l'organisation du système de soins pour la structuration de la filière gériatrique et des réseaux de soins ;

. la sous-direction des affaires financières pour la gestion de l'enveloppe ONDAM personnes âgées qui finance les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;

- au sein du pôle « professions de santé et affaires générales » :

. la sous-direction des professions paramédicales et des personnels hospitaliers, au titre des personnels intervenant dans les EHPAD : diplôme professionnel d'aide-soignant et mise en place de la démarche de validation des acquis de l'expérience, formation des directeurs d'établissement sanitaire et social.

Avec la poursuite de la décentralisation et la création de dispositifs comme la PSD puis l'APA, les relations entre le ministère chargé des personnes âgées et le ministère de l'intérieur (direction générale des collectivités locales) se sont développées. Toutefois, cette relation reste, pour l'essentiel, au niveau technique.

Dans le champ de compétence du ministère des finances, outre la direction du budget, la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) dispose de pouvoirs de contrôle sur l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux, et sur l'affichage du tarif des prestations, de l'hébergement et de la dépendance dans les établissements qui ne sont ni habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ni conventionnés au titre de l'aide personnalisée au logement.

Au ministère chargé du logement, la direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction (DGHHC) est concernée par les règles techniques de construction sur l'accessibilité et par la politique d'amélioration de l'habitat et les aides à l'adaptation au handicap dans le secteur locatif. L'ANAH, établissement public administratif, met en œuvre une politique d'amélioration de l'habitat en faveur des populations en situation de handicap.

Le Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (FFAPA), établissement public national créé par la loi du 20 juillet 2001, a été supprimé par la loi du 30 juin 2004. Ses biens, droits et obligations ont été transférés à la CNSA, dont la gestion a été confiée (jusqu'au 30 juin 2005) au Fonds de solidarité vieillesse²⁷⁵.

B – L'insuffisante coordination des administrations centrales entre elles

1 – Les dispositifs de coordination

S'agissant du pilotage central et des modes de coordination entre les services du ministère de la santé et des solidarités et ceux des autres ministères, la DGAS a mis en œuvre trois dispositifs de coordination.

- **La mission MARTHE** (mission d'appui à la réforme de la tarification de l'hébergement en établissement), créée en 1999, a été directement rattachée pour son pilotage au cabinet du secrétaire d'Etat aux personnes âgées au début de 2004. Il est à noter que la réforme des établissements connaissait un rythme de signatures bien inférieur à ce qui avait été programmé et que les outils de suivi mis en place étaient loin de donner satisfaction²⁷⁶.

- **Le comité de pilotage de l'APA** a été installé en avril 2001 pour préparer la présentation aux Parlementaires, rédiger les décrets et arrêtés d'application de la loi du 20 juillet 2001²⁷⁷ et animer une campagne nationale d'information avant l'entrée en vigueur de la loi. Il réunit les représentants des cabinets, des directions d'administration centrale concernées (DGAS, DHOS, DSS, DREES et service d'information et de communication du ministère) et le responsable de la mission Marthe. A partir de juin 2002, ce comité a été placé sous l'autorité de la DGAS épaulée par la DHOS.

275) Le Fonds de modernisation de l'aide à domicile (FMAD) qui constituait une section spécifique du FFAPA disparaît avec lui pour être reconstitué sous la forme d'une section de la CNSA consacrée à la promotion des actions innovantes et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service auprès des personnes âgées.

276) Voir supra, 1^{ère} partie, chapitre II.

277) Relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

- La cellule de suivi statistique et financier du dispositif APA réunit chaque trimestre la DGAS, la DSS, la DREES, la DGCL, la DGCP, la direction du budget et le FFAPA, pour analyser le bilan trimestriel de la montée en charge de l'APA, établi et publié par la DREES, les remontées financières consolidées mensuellement par la DGCP et le FFAPA, et pour réévaluer les projections du nombre de bénéficiaires et d'évolution des dépenses.

La Cour constate néanmoins que le rapport d'évaluation quantitative et qualitative de l'application de la loi du 20 juillet 2001 qui devait être initialement présenté au Parlement avant le 30 juin 2003 et dont l'échéance de présentation a été repoussée au 1^{er} octobre 2004 par la loi du 30 juin 2004, n'était toujours pas publié en juillet 2005²⁷⁸.

En ce qui concerne les relations établies avec des administrations extérieures au ministère chargé des affaires sociales, le chapitre I de la première partie fait état de la convention de partenariat signé le 26 février 2001 entre la DGAS, la DGUHC, l'ANAH et la CNAVTS. Les résultats de l'étude qui a suivi la convention de partenariat du 26 janvier 2001 n'ont pas dépassé le stade de l'expertise, de l'information aux gestionnaires intéressés par le développement des dispositifs présentés et de la publication d'un guide.

La Cour a déjà souligné la grande faiblesse des données officielles sur les tarifs d'hébergement. Les services déconcentrés de l'Etat (DDASS), lorsqu'ils sont interrogés, renvoient vers les services des départements, qui connaissent les tarifs d'hébergement des établissements habilités à l'aide sociale (ces tarifs étant fixés sous l'autorité du président du conseil général), mais ni les DDASS ni les départements n'ont connaissance des tarifs pratiqués dans le secteur privé non habilité à l'aide sociale. Seules les directions départementales de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes disposent d'informations et seraient donc en mesure de permettre à l'Etat de suivre l'évolution des tarifs dans ce secteur, ce qui offrirait une information utile à la fois aux familles et au pilotage de la politique dans ce domaine. Dans ces conditions, il est regrettable qu'à l'occasion de la réforme tarifaire des établissements et de la création de la catégorie juridique des EHPAD, la DGAS ne se soit pas rapprochée de la DGCCRF pour mettre en place les outils nécessaires à une meilleure connaissance dans ce domaine.

278) Interrogée par la Cour en juin 2005, l'administration indiquait que le projet préparé en octobre 2004 nécessiterait une réactualisation et une réécriture au fond pour tout ce qui concerne la réforme de la tarification, la médicalisation des EHPAD et la prise en compte des résultats 2004 de l'APA.

De même, il n'existe pas de relations entre la DGAS et la DGI pour évaluer l'impact des exonérations fiscales et leur articulation avec les autres aides.

Les différents acteurs sont certes appelés à se retrouver autour de dispositifs techniques, en fonction de l'actualité de ces derniers, sans que l'on puisse vraiment parler d'un pilotage fort qui couvre tous les aspects de la mise en œuvre de la politique et permette de délivrer des informations précises et des messages clairs au Parlement et à l'opinion publique.

La conception et le suivi de la politique en faveur des personnes âgées dépendantes, qui relève essentiellement de la compétence du ministère des solidarités, de la santé et de la famille, pourrait donc être l'objet d'une coordination plus active, qu'elle soit interne ou interministérielle, comme cela a pu être le cas lors de l'élaboration du plan « vieillissement et solidarité ».

2 – Les instances de coordination

Un comité national de la coordination gérontologique a été créé par la loi du 24 janvier 1997 instaurant la PSD. Il devait notamment suivre la mise en œuvre des conventions passées entre les départements et les caisses de sécurité sociale pour la coordination des prestations servies aux personnes âgées dépendantes²⁷⁹. S'il a joué ce rôle pour le suivi de la PSD, il ne s'est pas réuni depuis la mise en place de l'APA. La mission que lui confie la loi « d'évaluer le développement qualitatif et quantitatif du dispositif d'allocation personnalisée d'autonomie au terme des deux ans d'application » paraît donc aujourd'hui vidée de son sens.

Le conseil supérieur des établissements et services sociaux et médico-sociaux²⁸⁰ devait donner un avis sur les problèmes généraux relatifs à l'organisation de ce secteur, notamment sur le fonctionnement administratif, financier et médical de ces établissements et services. Sa durée d'existence a été fort brève : il a été supprimé avant même d'avoir été constitué. Ses compétences étaient de fait très voisines de celles de la section sociale du comité national de l'organisation sanitaire et sociale.

279) Article L. 113-2 du CASF.

280) Créé par l'article 12 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, codifié à l'article L. 312-2 du CASF.

La loi du 2 janvier 2002 a créé aussi un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale²⁸¹. Compte tenu de ses missions essentiellement techniques, la composition de ce conseil peut surprendre : il compte 56 membres nommés pour une durée de quatre ans renouvelable une fois ; il est secondé par une commission technique permanente de huit membres.

Il ressort de cet examen une multiplication de structures que l'Etat peine d'ailleurs à constituer alors qu'elles sont souvent composées des représentants des mêmes secteurs. Il est à noter que pour élaborer le plan « vieillissement et solidarité », des groupes de travail ad hoc ont été constitués.

C – Les limites de la coordination entre l'Etat et les caisses de retraite

L'Etat signe avec les caisses nationales de sécurité sociale des conventions d'objectifs et de gestion (COG) qui fixent les objectifs et précisent les moyens alloués aux organismes pour les atteindre²⁸².

Depuis la mise en œuvre de l'APA, l'aide ménagère des caisses s'est concentrée sur les GIR 5 et 6. Pour prendre en compte ce nouveau contexte, un avenant à la convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAVTS (2001-2004) a été signé en 2003. Les axes d'action retenus étaient les suivants :

- le développement d'une évaluation globale et neutre de la situation des personnes âgées,
- la prévention de la perte d'autonomie,
- le renforcement de la qualité dans la mise en œuvre des aides à domicile,
- le développement d'une gamme d'établissements d'hébergement adaptés aux besoins (hébergement temporaire notamment).

Ce champ d'action comporte d'importants recouvrements de compétences avec les départements. Ainsi, la CNAVTS a développé des aides à l'adaptation de l'habitat²⁸³ pour l'ensemble des assurés (quel que

281) Article L. 312-8 du CASF. Voir supra, 1^{ère} partie, chapitres I et II.

282) Voir les développements sur le contenu des COG dans le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004 (p. 161 et suivantes).

283) Aide à l'amélioration de l'habitat et aide à l'adaptation personnalisée du logement.

soit leur GIR), alors que l'APA a vocation à couvrir des frais d'aménagement de l'habitation et que l'ANAH intervient aussi. De même, l'aide pour le retour à domicile, expérimentée dans le cadre de la circulaire CNAVTS du 1^{er} août 2003, répond à la même logique que l'APA « d'urgence », qui permet de prendre en charge des personnes relevant momentanément du GIR 4 lors de leur sortie d'hôpital.²⁸⁴

S'agissant enfin de l'hébergement en institution, les caisses, qui devaient concentrer leur action sur les GIR 5 et 6, financent des places en EHPA ou EHPAD, établissements à vocation générale ignorant les frontières introduites lors de la mise en place de l'APA. Le projet de COG prévoit expressément le maintien de cette possibilité qui permet, il est vrai, d'alléger les tarifs d'hébergement à la charge des résidents. La convention d'objectifs et de gestion 2005-2008 entre l'Etat et la CNAVTS, même si elle préconise un recentrage de l'action de la CNAVTS sur l'hébergement des personnes encore valides mais fragiles, précise que cette branche poursuivra ses investissements au profit de l'ensemble des lieux de vie collectifs des retraités, et y consacra des moyens accrus : les autorisations de programme progresseront de 60 M€ en 2005 à 70 en 2006 et 90 M€ en 2007 et 2008.

Les COG n'ont donc qu'imparfaitement permis de rationaliser les champs d'intervention respectifs des caisses et des départements. Chaque acteur conserve sa logique d'intervention (aide sociale pour le département et action sociale pour les caisses²⁸⁵) et son mode d'évaluation et de prescription. En l'absence d'une coordination suffisante, ces chevauchements conduisent à une dispersion des moyens.

Un effort de cohérence s'impose et il semble indispensable que les COG pour les années 2005-2008 s'attachent à rationaliser les champs d'intervention des caisses. La Cour a toutefois relevé que la convention avec la CNAVTS pour cette période confirmait la spécialisation de l'action sociale des caisses sur les GIR 5 et 6 sans remédier pour autant aux difficultés de coordination qui en résultent²⁸⁶.

284) Le versement des aides à l'adaptation de l'habitat et au retour à domicile n'a toutefois lieu que dans les cas où le plan d'aide APA est attribué au montant plafond.

285) Les caisses de retraite mettent en avant le caractère facultatif de leur action sociale et refusent que leur soient appliquées les nouvelles réglementations concernant notamment le financement du secteur de l'aide à domicile (décret du 22 octobre 2003).

286) Cf. infra., chapitre VII, IV-A « La coordination entre les départements et les caisses de retraite ».

De plus, l'action sociale des caisses de retraite autres que celles du régime général se caractérise par une assez grande diversité, une coordination faible, voire une quasi-totale autonomie pour certaines. Même si leur poids financier comparé à celui de la CNAVTS est limité, des progrès importants restent à accomplir pour un traitement plus équitable des ressortissants confrontés aux problèmes de dépendance.

II - Les instruments de suivi et de prévision

Il est impératif que l'Etat se dote d'instruments et de moyens qui lui permettent d'assurer un pilotage fort. Le développement d'outils de suivi et de prévision est indispensable pour remplir efficacement ce rôle.

A – Le besoin d'outils de suivi statistique

La DREES a progressivement développé une capacité d'étude et d'analyse dans les nombreux domaines que couvre la politique en faveur des personnes âgées dépendantes. Elle a mis en place un mécanisme de concertation avec les partenaires sociaux, les autres services du ministère et les organismes qui en dépendent pour préparer les programmes de statistiques et d'études. Par la qualité de ses travaux, elle s'est affirmée comme un interlocuteur reconnu pour l'élaboration des statistiques et des études dans ces domaines.

S'agissant de la connaissance de la population et de ses besoins, l'enquête HID réalisée par l'INSEE a comblé une partie des carences qui préexistaient dans ce domaine. Il a été décidé, en commun par l'INSEE et la DREES, de renouveler l'enquête à l'horizon 2008, et de la coupler avec un volet plus général sur la santé de la population. Pour l'avenir, les pouvoirs publics doivent prêter une attention particulière à la mise à la disposition des gestionnaires locaux de statistiques sur les personnes âgées dépendantes et au perfectionnement des projections sur leurs effectifs.

En ce qui concerne les modes de prise en charge, la DREES a fait un effort pour rénover et moderniser les statistiques produites, qui commence à porter ses fruits²⁸⁷ ; toutefois, on l'a vu, la connaissance des besoins et de l'offre de services d'aide à domicile reste insuffisante. La première amélioration apportée à ce dispositif réside dans l'établissement

287) Enquêtes sur les services d'aide à domicile en 1999 et 2000, sur les SSIAD en 2002 et sur les établissements en 2003.

d'un calendrier de renouvellement régulier d'enquêtes exhaustives au plan national. En outre, dans le contexte de la décentralisation, un suivi statistique homogène des services et établissements au plan régional et départemental, prenant appui sur le cadre méthodologique des enquêtes menées au niveau national, est indispensable pour développer les analyses et comparaisons territoriales.

S'agissant des aides financières aux personnes âgées, la DREES exploite des réponses à deux questionnaires adressés aux départements : le premier, trimestriel, sur l'APA, le second, annuel, sur les bénéficiaires et les dépenses d'aide sociale. La Cour a noté l'intérêt de ces enquêtes non seulement pour la connaissance et le pilotage au niveau national, mais aussi pour permettre aux départements de se situer par rapport aux moyennes nationales. Toutefois, il est apparu qu'un certain nombre de départements ne répondaient pas toujours ou ne répondaient que partiellement à ces questionnaires. De ce fait, la Cour soutient les suggestions formulées à l'issue d'une enquête des inspections générales des affaires sociales, des finances et de l'administration en avril 2003 :

- rendre effective, si nécessaire en l'assortissant de sanctions ad-hoc, l'obligation faite par la loi aux départements de fournir à l'Etat, au moyen du questionnaire de la DREES, des informations sur l'APA ;
- publier les résultats des enquêtes par département.

B – Le besoin d'instruments de prévision

Il a été exposé dans le chapitre préliminaire que le seul domaine dans lequel les travaux prospectifs ont abouti jusqu'à présent est celui de la prévision démographique. On dispose aussi de projections concernant l'APA (cf. 2^{ème} partie du rapport). Ces quelques éléments ne constituent cependant pas un appareil de prévision adapté à l'ampleur du problème.

Il faudrait notamment progresser en matière de prévision des investissements²⁸⁸ et des conséquences de l'évolution de la démographie des personnels du secteur sanitaire et social.

Dans un rapport de mai 2004 sur la gestion des âges dans le secteur sanitaire et social, notamment pour la filière soignante et les métiers de l'aide à la personne, l'IGAS a constaté, à juste raison, que « les conséquences du retournement démographique, auquel le secteur va à court terme être confronté, n'ont pas encore été prises en compte ».

288) Cf. chapitre II mentionnant la mission confiée au commissariat général du plan de réaliser une étude prospective sur l'investissement dans le secteur médico-social.

III - Les missions des DDASS et des DRASS

L'architecture institutionnelle actuelle, fondée sur des co-financements et des responsabilités conjointes ou juxtaposées au niveau local, est particulièrement complexe.

Le partenariat local est déséquilibré. Il ne joue que sur une partie de la politique : le conventionnement des établissements et le partage des responsabilités tarifaires dans ce domaine. Dans les autres domaines, tels l'organisation et la structuration de l'aide à domicile, la construction des coordinations gérontologiques ou celle des schémas gérontologiques, les services déconcentrés de l'Etat sont souvent absents, au mieux observateurs.

Dans ces conditions, le maintien d'un partage des responsabilités dans la gestion locale de proximité est source de complexité, de délais, de redondance de moyens publics affectés aux mêmes tâches, sans véritable gain d'efficacité pour les usagers et les bénéficiaires et sans que la démonstration ait été apportée que l'Etat y gagne en capacité de pilotage central.

A – L'appui de l'administration centrale à renforcer

Le rôle actuellement joué par l'Etat pourrait être rendu plus efficace par une réduction des tâches de gestion des services déconcentrés, notamment pour le suivi de l'activité des établissements et le contrôle de l'allocation des fonds de l'assurance maladie.

Les éléments nécessaires au pilotage font souvent défaut. La Cour a ainsi constaté qu'il n'existe pas de référentiel, dans la planification du secteur médico-social, pour les équipements qui bénéficient de dotations de l'assurance maladie et destinés aux personnes âgées. En outre, chaque type de prise en charge est géré de façon autonome ; l'équipement en établissements d'hébergement n'influe pas sur les décisions prises en matière de SSIAD et réciproquement, de même qu'il n'est pas tenu compte de l'offre libérale de soins infirmiers. Il paraît nécessaire d'abandonner cette gestion en « tuyaux d'orgue » des autorisations budgétaires et d'établir un référentiel d'équipement global qui prenne en compte la complémentarité des offres.

B – La faiblesse des moyens disponibles au niveau déconcentré

La seule instruction qui définit une politique globale en direction des personnes âgées et décrit le rôle imparti aux services déconcentrés de l'Etat a été rédigée dans le cadre de la mise en œuvre de la loi du 7 janvier 1982. Il s'agit de la circulaire, déjà évoquée, du 7 avril 1982 relative à la politique sociale et médico-sociale pour les retraités et les personnes âgées. Le rôle des services déconcentrés de l'Etat vis-à-vis des personnes âgées dépendantes se déduit d'un ensemble d'instructions qui ont été prises soit dans des domaines précis, soit dans tout le champ du secteur social et médico-social. Il n'existe pas davantage de cadre permettant de connaître l'ampleur des moyens humains que l'Etat affecte à la politique en faveur des personnes âgées, et il ne semble pas que l'application de la LOLF doive modifier cette situation.

Alors que les services déconcentrés ont eu à mettre en œuvre, dans la période récente, deux réformes importantes, celle de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et la mise en place d'un nouveau diplôme en travail social, les DDASS ont reçu 80 emplois de contractuels pour accompagner la procédure de conventionnement des EHPA. Leurs autres tâches n'ont pas été allégées. Les réponses au questionnaire adressé par la Cour à 53 DDASS font apparaître que les effectifs travaillant aux actions en direction des personnes âgées étaient en moyenne (par DDASS) de 3,2 agents en ETP au 31 décembre 2002, soit 2 % de leurs effectifs²⁸⁹. De plus, une forte instabilité est constatée dans certaines équipes, comme à la DDASS de Paris, et dans celle des Vosges où les cadres ne restent en moyenne que deux ans en poste, alors que les équipes des services du département sont plus stables.

Les moyens que les DDASS affectent à la mise en œuvre des missions qui leur sont dévolues en faveur des personnes âgées ne leur permettent donc pas de mener correctement de front les activités de gestion liées notamment à la réforme des établissements, et les tâches de contrôle et d'évaluation pourtant indispensables²⁹⁰.

289) Il s'agissait pour 49 % d'agents de catégorie A, pour 33 % d'agents de catégorie B et pour 18 % d'agents de catégorie C.

290) Les effectifs des services départementaux sont plus nombreux, y compris pour la mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements. A titre d'exemple, les services départementaux de Haute-Garonne ont prévu de visiter les 134 établissements relevant de leur compétence une fois par an.

C – Le nécessaire recentrage des missions

L'Etat doit se fixer des priorités et laisser à la collectivité départementale la responsabilité de la gestion de proximité des mesures en faveur des personnes âgées, pour laquelle elle apparaît la mieux placée. En dégageant ses services des tâches de gestion qui les mobilisent de façon importante, il pourrait redonner la priorité à ses missions d'inspection et de contrôle actuellement mal remplies et lancer des travaux d'évaluation nécessaires à la conduite de sa politique.

A la suite d'un rapport de l'IGAS constatant la nécessité de renforcer les fonctions d'inspection de premier degré, le ministère a demandé en 1999 aux services déconcentrés de consacrer davantage de temps aux missions d'inspection²⁹¹ et a mis à leur disposition deux outils d'appui :

- la mission d'appui aux fonctions d'inspection (MAFI) de l'IGAS est chargée de concevoir des guides méthodologiques d'inspection sur des thèmes prioritaires et de définir des programmes de formation adaptés à ces priorités ;
- les missions régionales et interdépartementales d'inspection, de contrôle et d'évaluation (MRIICE) sont chargées de définir un programme régional et interdépartemental d'inspection, de contrôle et d'évaluation (PRIICE) et d'apporter un soutien méthodologique et technique aux directions départementales.

En outre, une directive nationale d'orientation (DNO) pour 2002, diffusée par le ministre en charge des affaires sociales à l'ensemble des DRASS et des DDASS, rappelle la nécessité de mettre en œuvre le programme national de prévention et de lutte contre les risques de maltraitance dans les institutions accueillant des personnes fragiles et vulnérables. Cette directive prévoit un nombre élevé d'inspections.

L'application de ces directives s'est opérée dans une relative confusion que confirment les réponses des DDASS au questionnaire de la Cour et les missions conduites dans les dix départements de l'échantillon.

La visite de conformité, en amont des procédures d'autorisation, les visites de préconventionnement, les inspections effectuées au titre du contrôle de l'activité dans l'intérêt des usagers et les interventions de police administrative sous l'autorité du préfet pour « apprécier les conditions matérielles et morales de fonctionnement de l'établissement »

291) Note d'orientation 99-173 du 18 mars 1999.

sont généralement toutes présentées comme des actions de contrôle et d'inspection. En conséquence, la remontée de l'information vers le niveau national donne des résultats peu fiables.

De fait, les mêmes inspecteurs conduisent souvent des inspections dont les finalités sont difficilement compatibles : préventives pour les unes, à visée de surveillance et contrôle pour les autres, ce qui brouille la lisibilité de leurs interventions auprès des établissements. Une démarche qualité de nature incitative et une démarche de contrôle, fût-elle préventive, ne peuvent être effectuées par les mêmes personnes.

Compte tenu de la faiblesse des moyens des DDASS, une solution à ce problème ne paraît pouvoir être trouvée que dans un regroupement des moyens de contrôle à l'échelon des DRASS.

D – L'opportunité d'un regroupement des moyens au niveau régional

Ces constatations et les enseignements que tire la Cour de son examen du rôle des DDASS et des DRASS dans le champ de la politique en faveur des personnes âgées rejoignent la réflexion prospective menée en 2003 par l'IGAS, qui a souligné l'intérêt d'une intégration des DDASS et des DRASS. Elles rejoignent également des observations formulées par la mission de préfiguration de la CNSA²⁹².

La Cour constate qu'une telle réorientation pour souhaitable qu'elle soit ne peut qu'être progressive, alors que la réforme des établissements en cours est loin d'avoir produit tous ses effets. C'est donc la voie de la mise en place d'un pilotage national, s'appuyant sur des services déconcentrés recentrés sur les missions de contrôle et d'évaluation, qui paraît devoir être suivie.

292) « Le niveau régional apparaît le plus pertinent non seulement du fait des tendances actuelles de regroupement de services à ce niveau mais aussi pour permettre aux services de contrôle de s'abstraire en partie du contexte départemental et d'être en mesure de procéder à des comparaisons entre les départements de la région. »

RECOMMANDATIONS

1- En ce qui concerne la transparence de l'information et le développement des instruments de suivi et de pilotage :

- présenter au Parlement le rapport d'évaluation de l'application de la loi du 20 juillet 2001 créant l'APA en précisant les raisons qui ont fait obstacle à cette publication ;

- rechercher les dispositifs, financiers par exemple, qui permettraient de rendre effective l'obligation faite par la loi aux départements de fournir à l'Etat, en répondant au questionnaire de la DREES, des renseignements sur l'APA et publier les résultats par département ;

- mettre en place au niveau national avec la DGCCRF un système de suivi des prix d'hébergement dans les institutions non habilitées à l'aide sociale ;

- développer la coopération entre le ministère des affaires sociales (DGAS, DREES, DSS), le ministère de l'intérieur (DGCL) et le ministère des finances (DGCP, DGI et INSEE) pour établir un cadre permettant de rassembler des statistiques et des données fiables et cohérentes sur les dépenses publiques de l'Etat et des collectivités territoriales exposées pour la prise en charge de la dépendance des personnes âgées (cf. 2^{ème} partie sur le financement et la recommandation de poursuivre la démarche d'établissement d'un compte social de la dépendance) ;

- progresser dans les travaux de prévision sur les investissements à mettre en œuvre et sur les évolutions de la démographie des personnels du secteur sanitaire et social.

2- En ce qui concerne la cohérence des orientations fixées au niveau national et la rationalisation des interventions publiques :

- établir un référentiel d'équipement global qui prenne en compte la complémentarité des offres sur un territoire donné (EHPAD, SSIAD, soins infirmiers libéraux) et en faire un instrument de "décloisonnement" de la gestion des autorisations budgétaires ;

- rationaliser le champ d'intervention des caisses de retraite et renforcer la cohérence de leur action avec celle de l'Etat et des départements lors du renouvellement des COG ou de la signature d'avenants.

3- En ce qui concerne l'organisation des moyens de l'Etat au niveau territorial :

- recentrer l'activité des services déconcentrés sur les fonctions de contrôle, d'évaluation et de prospective ;

- engager le regroupement au niveau régional des moyens des services déconcentrés de l'Etat intervenant dans le domaine de la politique publique en faveur des personnes âgées.

Chapitre VII

Le rôle majeur du département

L'article 1^{er} de la loi du 24 janvier 1997 instituant la PSD a donné un rôle prépondérant aux départements dans la coordination de la prise en charge de la dépendance : « Afin de favoriser la coordination des prestations servies aux personnes âgées dépendantes, d'accomplir les tâches d'instruction et de suivi de ces prestations et de préciser les modalités de gestion de cette coordination, le département conclut des conventions avec les organismes de sécurité sociale. (...) Pour favoriser l'évaluation des prestations servies aux personnes âgées par les collectivités publiques et institutions concernées, des conventions organisant des dispositifs d'observation partagée peuvent être passées entre l'Etat, le département, les organismes de protection sociale et toute commune souhaitant y participer. »

L'introduction de l'APA n'a pas modifié ces dispositions²⁹³. L'article 56 de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales renforce le rôle de pivot dévolu aux départements : « Le département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale mentionné à l'article L. 312-4, les actions menées par les différents intervenants,

293) Article L. 113-2 du CASF.

définit des secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public. »²⁹⁴ Le même article prévoit aussi que le département veille à la cohérence des actions respectives des centres locaux d'information et de coordination, des équipes médico-sociales et des établissements et services qui accueillent les personnes âgées, et qu'il peut signer des conventions avec l'Etat, les organismes de sécurité sociale ou tout autre intervenant en faveur des personnes âgées pour assurer la coordination de l'action gérontologique.

Il est certain qu'une gestion de proximité, répondant aux attentes des personnes âgées et de leurs familles, ne peut être efficace que si elle est confiée à un pilote clairement identifié, disposant d'une responsabilité globale, pouvant actionner la plupart des leviers de décision, aussi bien pour les personnes âgées à domicile que pour celles en établissement, et capable d'en garantir l'effectivité et la cohérence.

Dans son rapport public sur la décentralisation en matière d'aide sociale (1995), la Cour relevait que, dix années après la décentralisation, la définition des politiques demeurait lacunaire, de même que la coordination entre les différents partenaires ; elle constatait également que, malgré le développement important des moyens mis en œuvre par les départements, l'organisation de leurs interventions ne connaissait qu'une mutation lente et difficile et que leur contrôle de gestion restait insuffisant. Dix années plus tard, des améliorations ont été apportées, à la faveur notamment de l'introduction de l'APA ; mais, par bien des aspects, ces observations conservent leur validité. Les efforts déjà engagés par les départements méritent d'être poursuivis, notamment en matière de planification et de coordination gérontologiques.

294) Premier alinéa du nouvel article L. 113-2 du CASF.

I - Une organisation et des moyens très différents selon les départements

A – L’augmentation des effectifs et la réorganisation des services

L’introduction de l’APA s’est traduite, dès 2002, par une très forte augmentation des effectifs²⁹⁵. Au plan national, la DGAS estime qu’au total, en 2004, 4 400 personnes (ETP)²⁹⁶, relevant des départements pour plus de 90 %, travaillent pour l’instruction administrative (42 %) ou médico-sociale (58 %) des dossiers APA, contre 1 300 à l’époque de la PSD, soit 5,1 personnes en ETP pour 1 000 bénéficiaires de l’APA. Des disparités importantes existent toutefois entre départements.

Les redéploiements au sein de l’administration départementale n’ont, en général, pas suffi ; il a donc fallu procéder à des recrutements, temporaires dans certains départements.

L’introduction de l’APA a aussi conduit des départements à réorganiser, selon des modalités variables, leurs services pour prendre en compte la spécificité des questions liées à la dépendance : ainsi le Calvados, la Corrèze, l’Ille-et-Vilaine, la Meurthe-et-Moselle, la Moselle, le Rhône ou les Vosges ont renforcé leurs équipes médico-sociales avec des médecins, parfois dotés d’une capacité en gériatrie, ce qui permet de soumettre le classement GIR à contre-expertise si la proposition émane d’un médecin traitant, ou de le faire effectuer directement par les équipes départementales dans des délais d’instruction réduits.

295) Cf. annexe 8- Tableau 1 - pour les départements contrôlés par les chambres régionales des comptes.

296) La progression est la suivante : 3 700 fin 2002, 4 200 fin 2003, 4 400 fin 2004.

B – Les instruments juridiques et les outils de gestion

a) Le règlement départemental d'aide sociale

« Le conseil général adopte le règlement départemental d'aide sociale définissant les règles selon lesquelles sont accordées les prestations d'aide sociale relevant du département. »²⁹⁷

Dans son rapport public de 1995, la Cour avait relevé que ces règlements départementaux étaient rarement adoptés. Les contrôles des chambres régionales des comptes montrent que la situation n'a évolué que très lentement, alors que ce document est obligatoire et opposable aux usagers et à la collectivité.

Si les départements non dotés d'un règlement sont moins nombreux qu'en 1995, la plupart des règlements sont obsolètes : rares étaient, en 2003, ceux qui intégraient les dispositions relatives à l'APA. Parmi les départements contrôlés, l'Ain et la Mayenne ne disposaient toujours pas en 2003 d'un règlement, tandis que celui du Calvados datait de 1988 et celui de la Loire de 1990 ; seul, le département des Vosges avait tenu son règlement à jour.

b) L'outil informatique et le contrôle interne

L'outil informatique déployé par les départements s'est révélé le plus souvent insuffisant pour faire face aux premières années de gestion de l'APA. Pour la gestion de la chaîne des différentes prestations de l'aide sociale, du dépôt de la demande au paiement de la prestation, la plupart des départements ont recours, depuis plusieurs années, au logiciel ANIS (approche nouvelle d'information sociale). Les contrôles des CRC montrent que dans de nombreux départements, ce logiciel aux multiples fonctionnalités a été d'un emploi difficile pour le traitement de l'APA : une formation insuffisante a conduit à l'allongement des délais d'adaptation jusqu'en 2003 (Vosges), il a fallu développer des applications complémentaires spécifiques (Rhône), les données recensées manquent de fiabilité (Drôme). Les applications locales n'ont pas toujours mieux fonctionné : pour les départements de Paris (logiciel Parisis) ou de Meurthe-et-Moselle, l'expérience semble avoir été positive ; en revanche, le logiciel développé par le département du Morbihan est obsolète, celui de la Sarthe ne donne pas satisfaction ; quant à celui du département de la Mayenne, il reste inadapté pour la production de certaines statistiques telles que celles demandées par la DREES.

297) Article L. 3214-1 du CGCT et article L. 121-3 du CASF.

Le contrôle interne au sein des départements n'est plus au stade embryonnaire observé en 1995, mais il se limite encore, dans plusieurs départements, au suivi statistique des dossiers (Eure-et-Loir, Manche, Mayenne, Meuse, Sarthe, Var), ce qui ne permet pas un véritable pilotage, notamment pour la mise en œuvre du schéma gérontologique départemental. Dans d'autres départements, au contraire, l'outil statistique a débouché sur la tenue de tableaux de bord pour le suivi de l'APA (Ain, Drôme, Loire-Atlantique, Morbihan, Orne), mis à la disposition des assemblées délibérantes ou de leurs commissions (Ille-et-Vilaine, Meurthe-et-Moselle, Moselle).

II - Les disparités départementales dans l'attribution de l'APA

Un traitement équitable des personnes doit être assuré sur l'ensemble du territoire national. L'enquête fait ressortir pourtant des disparités ; certaines relèvent de facteurs indépendants des politiques départementales ; d'autres sont directement issues de pratiques départementales différentes.

A – Le respect de l'obligation légale de réponse dans le délai de deux mois

Le président du conseil général dispose d'un délai de deux mois à compter du dépôt du dossier de demande complet pour notifier au bénéficiaire sa décision relative à l'APA²⁹⁸.

La rapide montée en charge de l'APA s'est traduite par un afflux de dossiers dès 2002 ; le délai de deux mois n'a pu être respecté au cours de cette année-là, atteignant quatre mois (Haute-Garonne, Manche) ou près de six mois (Mayenne, Var). D'autres départements (Meuse, Vosges) ont tardé à mettre en place des outils permettant d'évaluer ces délais de traitement. Une amélioration a été constatée en 2003 ; certains départements, comme la Meurthe-et-Moselle et la Moselle, étaient alors près de respecter le délai.

298) Article L. 232-14 du CASF.

Pourcentage des dossiers traités au-delà du délai de deux mois

Départements	2002	2003
Doubs	83 %	51 %
Loire	74 %	Nd
Loire-Atlantique	59 %	26 %
Meurthe-et-Moselle	60 %	12 %
Moselle	18 %	9 %
Rhône	45 %	40 %

Source : chambres régionales des comptes.

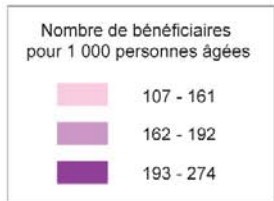
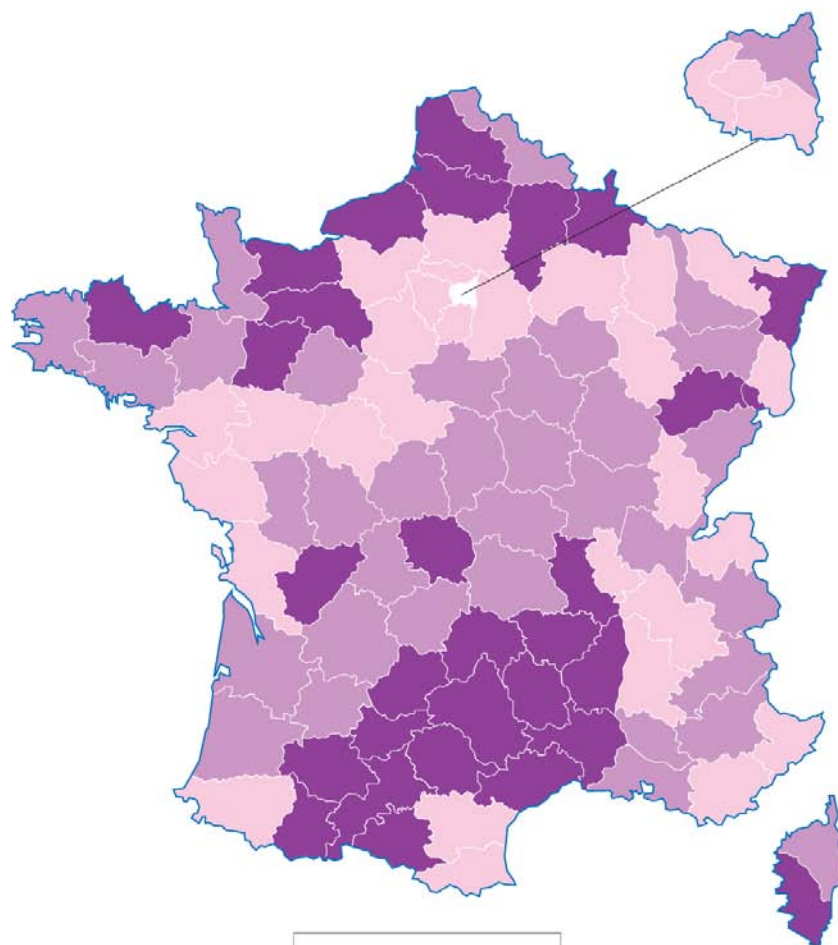
B – Les disparités dans le nombre de bénéficiaires de l’APA pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

Parmi les départements contrôlés, ceux de l’Aisne, de Haute-Garonne, d’Ille-et-Vilaine, de Loire-Atlantique et de Meurthe-et-Moselle ont la même proportion de personnes âgées de plus de 75 ans dans la population totale. Néanmoins, ces départements comptent des proportions de bénéficiaires de l’APA pour 1 000 personnes âgées très différentes (entre 154 et 214 pour 1 000). Le département de la Corrèze, où la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus atteint 122 pour mille habitants n’est pas celui où l’on trouve le plus grand nombre d’allocataires de l’APA.

Comme le note la DREES²⁹⁹, cette disparité s’est accrue : le taux de bénéficiaires de l’APA pour 1 000 habitants de 75 ans et plus variait dans une proportion de 1 à 2,3 fin 2003 et dans une proportion de 1 à 2,56 fin 2004 en France métropolitaine (si on prend en compte les départements d’outre-mer, le rapport est de 1 à 5,43).

²⁹⁹) *Etudes et Résultats* n° 372, janvier 2005.

Nombre de bénéficiaires de l'APA pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus au 31 décembre 2004



Source : enquête trimestrielle de la Drees auprès des conseils généraux.
 Champ : France métropolitaine

Cette disparité peut laisser penser que les départements, à population âgée équivalente, ont des politiques différentes d'attribution de l'APA. Toutefois, selon les travaux de la DREES, les disparités constatées s'expliqueraient, pour environ 60 % par les caractéristiques socio-démographiques (niveau de ressources et origine sociale pour l'essentiel) de la population concernée : les départements où le nombre d'anciens ouvriers, d'anciens agriculteurs et de personnes à faibles revenus est important ont un taux de bénéficiaires de l'APA plus élevé. En effet, la prévalence de la dépendance est supérieure pour les catégories socio-professionnelles défavorisées et la demande d'APA est d'autant plus forte que le niveau de revenus est faible. Au delà d'un certain revenu, le bénéficiaire étant appelé à financer lui-même la quasi-totalité du plan d'aide, les demandes de l'APA sont moins fréquentes.

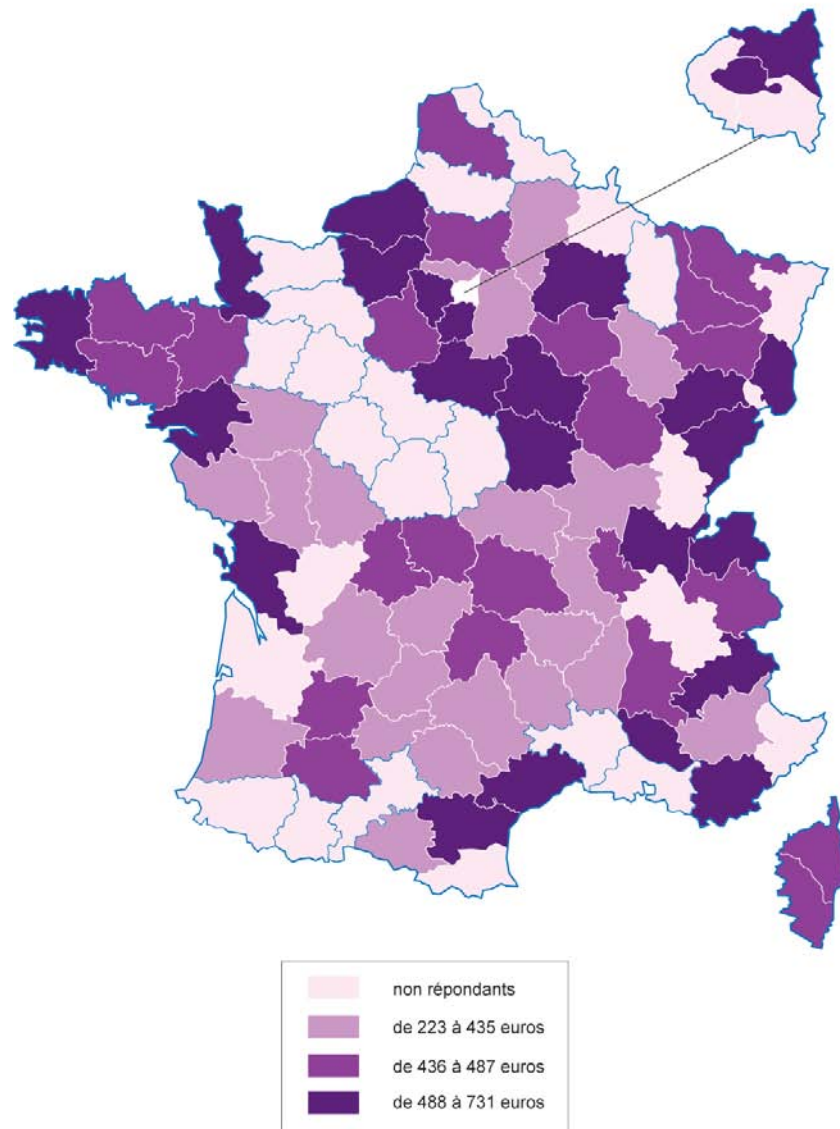
Si les choix de gestion faits par les départements peuvent influencer leur politique d'attribution de l'aide, ce facteur n'est donc pas prépondérant. Il n'intervient que pour environ 40 % dans les écarts constatés. A titre de comparaison, la dispersion des proportions de bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), aide attribuée par les COTOREP, dispositif jusqu'à présent déconcentré et non décentralisé, est plus forte (rapport de 1,5 à 9 pour 1000 habitants de 20 à 60 ans).

Ces disparités portent aussi sur les montants des plans d'aide prescrits par les équipes médico-sociales et surtout sur les dépenses effectives d'APA³⁰⁰. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces différences ; certains échappent au moins en partie aux départements (comme la répartition du nombre de bénéficiaires et des dépenses entre APA à domicile et en établissement), d'autres résultent de choix délibérés des conseils généraux. Le contrôle des CRC fait ressortir des disparités dans la mise en œuvre de différentes mesures prévues par la loi du 31 mars 2003. S'agissant ainsi de la suppression du versement de l'APA à titre rétroactif à partir de la date de dépôt du dossier de demande, certains départements ont maintenu, ou rétabli ultérieurement, l'ancien dispositif³⁰¹. Un dépassement des plafonds réglementaires est également parfois observé. Enfin, le contrôle de l'exécution des plans d'aide est inégal.

300) Selon la DREES, il serait plus pertinent de considérer les montants des plans d'aide que les dépenses par bénéficiaire, celles-ci résultant aussi du ticket modérateur. La part des retraités percevant le minimum vieillesse va de 2,7 % (Yvelines) à 11,7 % (Creuse), ce qui peut expliquer des écarts entre les dépenses par bénéficiaire, même à plans d'aide identiques.

301) Ainsi, le département de Haute-Garonne, par une délibération du 25 juin 2003, a maintenu le début de droit à l'APA à la date de réception du dossier complet tout en prévoyant de contrôler les justifications d'emploi de l'allocation, ce qui n'a pas été fait par la suite. La CRC a évalué la dépense induite à environ 1,08 M€ en 2003.

Montant moyen des plans d'aide APA à domicile
au cours de l'année 2004



Source : enquête trimestrielle de la Drees
auprès des conseils généraux.
Champ : France métropolitaine

Le contrôle de l'effectivité des plans d'aide par les départements

L'APA étant une « aide en nature », le bénéficiaire a l'obligation d'utiliser les fonds pour financer une aide à la dépendance. Le département doit donc contrôler la réalité de la mise en œuvre du plan d'aide en demandant soit les justificatifs (feuille de paie de l'aide à domicile) au bénéficiaire, soit toute information utile aux autres administrations.

Dans certains des départements examinés, ces contrôles n'étaient toujours pas mis en place en 2004 (Meuse) ou restaient ponctuels (Haute-Garonne). Dans d'autres, ils étaient encore balbutiants au dernier trimestre 2004 (Finistère, Rhône). Là où les contrôles existent déjà, leur périodicité et leurs modalités sont d'une intensité variable : le contrôle est mensuel en Moselle, trimestriel dans la Drôme et le Var, mais uniquement sur pièces, en croisant les fichiers de paie avec ceux de l'URSSAF. Un contrôle est également pratiqué sur pièces, mais sans croisement avec l'URSSAF chaque trimestre en Corrèze et dans la Mayenne, chaque année, dans l'Aisne, le Doubs et la Loire.

Les départements de l'Ain, de Loire-Atlantique et de Meurthe-et-Moselle privilégient les contrôles sur place, chaque trimestre et quel que soit le mode de gestion pour le troisième, chaque année et uniquement pour la gestion de gré à gré pour le premier, plus ponctuellement pour le deuxième. En Loir-et-Cher, le contrôle d'effectivité s'effectue à chaque changement de situation et notamment à l'occasion du renouvellement ou de la révision des droits, de l'entrée en établissement, du changement de département ou du décès.

D'une façon générale, les anomalies repérées peuvent donner lieu à un contrôle sur place, notamment par les équipes médico-sociales, et des reversements sont demandés.

Plusieurs départements (Ain, Doubs, Loire, Var) rencontrent des difficultés pour contrôler l'effectivité de l'aide lorsque celle-ci est gérée en mode prestataire par une association. Ils tentent de surmonter cette difficulté en mettant en place des conventions.

La DREES tente d'évaluer l'étendue du contrôle de l'effectivité au niveau national. Cependant, une majorité de départements ne répondent pas à ses questions³⁰².

302) Dans les 53 départements ayant répondu à la DREES au troisième trimestre 2004, la proportion de bénéficiaires contrôlés est de 22 %. Par ailleurs, 12 % des contrôles donnent lieu à récupération d'un montant moyen de 1 218 €

Toutes les disparités constatées n'appellent pas les mêmes modalités de compensation ou de péréquation.

A cet égard, le FFAPA avait, dès mai 2003, appelé l'attention des départements sur la nécessité de distinguer les dépenses additionnelles à l'APA, résultant de la seule volonté du conseil général, des dépenses légales d'APA. En juin 2004, une trentaine de départements ont été, sur ce point, destinataires d'une lettre d'observation du FFAPA. Au terme des investigations, le montant exact des dépenses d'APA de neuf départements n'est pas connu ; les montants du concours général et du concours spécifique dont ils peuvent bénéficier ne sont pas définitivement arrêtés.

Dans son analyse des écarts entre départements, le FFAPA reconnaît la légitimité des éléments tenant aux caractéristiques de la population âgée ou à l'organisation générale de la prise en charge de la dépendance (implantation territoriale des services et équipes médico-sociaux, couverture géographique et mode d'intervention des services d'aide à domicile, répartition des bénéficiaires entre domicile et établissements, développement du conventionnement). En revanche, certains choix de gestion peuvent peser abusivement sur les coûts.

Pratiques relevées par le FFAPA :

- procédure d'instruction peu normalisée ;
- surclassement dans les groupes de dépendance ;
- choix de tarifs élevés pour la valorisation des plans d'aide (par rapport au tarif de référence de la CNAVTS) ;
- volume horaire élevé des plans d'aide à domicile (avec forte proportion de plans plafonnés) ;
- développement non maîtrisé des aides techniques à domicile ;
- mise en jeu insuffisante de la participation des bénéficiaires ;
- modalités de tarification peu rigoureuses de l'APA à domicile (paiement prospectif privilégié) ;
- dispositions plus favorables que celles du régime juridique de l'APA non portées à la connaissance du FFAPA ;
- absence ou insuffisance du contrôle de l'effectivité des aides à domicile ;
- contournement des plafonds tarifaires (non prise en compte des aides techniques).

La résolution des problèmes signalés par le FFAPA est désormais du ressort de la CNSA. Le décret du 20 avril 2005 relatif à la composition et au fonctionnement des instances dirigeantes et du conseil scientifique de la CNSA prévoit à cet effet que le directeur de la caisse, s'il juge que les éléments comptables transmis par le département ne garantissent pas la sincérité des calculs des concours, peut, après mise en demeure du département, transmettre les éléments du dossier à la CRC compétente. Deux actions recommandées par le FFAPA doivent être engagées sans tarder :

- mise en place d'un système d'information maîtrisé par la Caisse, qui organise la transparence sur les actions menées et les dépenses réalisées par les départements et qui permette de repérer les situations anormales ;
- prise en compte au besoin, dans la fixation des dotations de péréquation, des anomalies constatées.

III - La qualité des planifications et des programmations

La modification fréquente du cadre juridique de la planification dans le secteur social et médico-social, qui empêche d'identifier clairement un chef de file au niveau local, et les difficultés de son articulation avec la planification sanitaire, expliquent en grande partie que le nombre de schémas gérontologiques en vigueur reste limité. De plus, ces schémas ne sont pas tous de la même utilité pour le pilotage de la politique départementale.

A – Stabiliser un cadre juridique trop souvent modifié

La loi du 22 juillet 1983 a fait obligation à chaque département d'élaborer un schéma gérontologique. Un an plus tôt, la circulaire du 7 avril 1982 ("circulaire Franceschi") avait confié aux DDASS la responsabilité d'élaborer des plans gérontologiques.

Les objectifs des schémas n'ont pas fondamentalement évolué jusqu'à aujourd'hui :

- apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;
- dresser un bilan qualitatif et quantitatif de l'offre sociale et médico-sociale et déterminer les perspectives et les objectifs de développement de cette offre ;
- préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre établissements et services sociaux, ainsi qu'avec les établissements de santé ;
- définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre.

L'esprit est celui d'un "copilotage" avec l'Etat, du moins en matière d'hébergement, et d'un "multipilotage", tenant compte de la réalité des initiatives associatives, en matière de services à domicile.

En revanche, le cadre juridique a connu une histoire agitée.

Dès la loi du 6 janvier 1986, la notion de schéma gérontologique a été abandonnée au profit du dispositif plus large des schémas d'organisation sociale et médico-sociale, dont la mise en œuvre a été modifiée par la loi du 2 janvier 2002.

Il a fallu attendre la loi du 20 juillet 2001 instituant l'APA pour que réapparaisse la notion de schéma gérontologique départemental, l'article L. 232-13 du CASF prévoyant que les départements assurent la coordination de l'action gérontologique dans le cadre d'un schéma arrêté conjointement par le président du conseil général et le représentant de l'Etat.

Enfin, en donnant aux départements une compétence générale pour définir et mettre en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées, la loi du 13 août 2004 réintègre le schéma gérontologique départemental dans le dispositif général des schémas d'organisation sociale et médico-sociale, et elle supprime les dispositions spécifiques précitées de l'article L. 232-13. Elle a ainsi mis fin à la procédure d'arrêté conjoint du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale par le représentant de l'Etat dans le département et par le président du conseil général et identifie un seul chef de file, le département. Cette nouvelle étape de la décentralisation substitue donc la coélaboration à la codécision, notamment pour ce qui concerne les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes. Toutefois, la loi remet au représentant de l'Etat le pouvoir d'arrêter le schéma en cas de carence du département.

B – Consolider l’articulation avec la programmation sanitaire

Le niveau de la planification et de la programmation choisi pour le secteur social et médico-social est celui du département, qu’il s’agisse de l’enfance et de la famille, des personnes handicapées et des personnes âgées³⁰³. En revanche, c’est le niveau régional qui a été retenu comme niveau pertinent pour la planification et la programmation dans le secteur sanitaire, à la fois pour les programmes régionaux de santé (PRS)³⁰⁴ et pour les différents schémas régionaux d’organisation sanitaire (SROS)³⁰⁵.

Les contrôles de la Cour ont mis en évidence que l’articulation des deux types de planification, sanitaire et médico-sociale n’est pas encore acquise. Cette insuffisance et la dimension nouvelle qu’introduisent la création de la CNSA et les nouveaux instruments de programmation dans le secteur médico-social sont traités dans le chapitre suivant.

C – Améliorer la couverture du territoire

Dans son rapport public particulier de 1995, la Cour avait relevé que peu de départements avaient mis en place un schéma départemental. Dix années plus tard, la situation ne s’est améliorée que modestement. En 2003, près d’un département sur deux ne disposait toujours pas d’un schéma gérontologique départemental opérationnel. Selon une enquête diligentée par la DGAS en mars et avril 2005, 43 départements avaient un schéma adopté depuis moins de 5 ans.

Dans 13 autres départements, le schéma datait de l’année 2000 et 20 départements n’avaient jamais arrêté de schéma. C’est le cas notamment de l’Ain, de la Charente Maritime, de l’Eure, de la Loire-Atlantique, de la Mayenne et de la Moselle. D’autres départements ont disposé, à une époque, d’un schéma gérontologique, mais celui-ci n’avait pas été renouvelé au moment de l’enquête, comme dans les Alpes de Haute Provence (1996/2001), la Haute-Garonne (1987/1992) et les Hauts-de-Seine (1991/1995)³⁰⁶.

303) Premier alinéa du nouvel article L. 113-2 du CASF introduit par la loi du 13 août 2004.

304) Articles L. 1411-3 et L. 1411-3-1 du code de la santé publique.

305) Articles L. 6121-1 et L. 6121-2 du CSP modifiés par l’ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003.

306) Un schéma a été adopté par le Conseil général des Hauts-de-Seine en mai 2005.

L'absence de schéma ne signifie pas toutefois que les départements n'ont pas mis en œuvre de politique gériatologique. Ainsi le département de la Mayenne a engagé une démarche de programmation qui l'a conduit, en 1994, à retenir cinq orientations principales en matière d'aide à domicile, de qualité de vie en établissement, de coordination gériatologique, de formation des intervenants et d'évaluation. De même, le département de la Moselle a arrêté, dès 1993, les orientations d'une politique des personnes âgées pour la période 1994/1997 ; il a débattu, en 1998, de son action gériatologique, puis de nouvelles orientations stratégiques pour la période 2000/2006. Enfin, le département de l'Ain a, en 2003, procédé à une large consultation des personnes âgées par l'intermédiaire des CLIC. Ces différentes initiatives n'ont cependant pas débouché sur la mise en place d'un schéma gériatologique.

L'argument est parfois avancé (Mayenne, Moselle) que le cadre du schéma, arrêté conjointement avec le représentant de l'Etat, serait trop contraignant. Une telle conception prive toutefois le département d'un réel instrument de coordination et de pilotage, en particulier avec les associations pour la formation des intervenants à domicile. Elle restreint la cohérence d'ensemble de politiques telles que le conventionnement des établissements accueillant les personnes âgées dépendantes.

Dans d'autres départements, l'introduction de la PSD puis de l'APA a joué un rôle de catalyseur pour l'adoption d'un schéma gériatologique. C'est le cas de l'Aisne, de la Loire, de Paris, du Rhône, et tout récemment de la Meuse et de l'Orne, qui ont adopté leur premier schéma, ou de ceux du Calvados et des Vosges qui ont profondément renouvelé le précédent, devenu obsolète.

D – Harmoniser les méthodes d'élaboration et le contenu des schémas

Au-delà de son existence même, ce sont le mode d'élaboration d'un schéma, le contenu et les modalités de son suivi qui font l'intérêt de cette démarche.

1 – Mode d'élaboration

Le schéma gérontologique départemental définit les territoires de l'action gérontologique de proximité et précise les modalités de l'information du public et de la coordination des prestataires, en s'appuyant notamment sur les CLIC³⁰⁷.

S'agissant du volet prospectif du schéma, la situation se présente différemment selon que le département concerné renouvelle un dispositif existant ou qu'il arrête son premier schéma³⁰⁸.

Dans le premier cas, le bilan du schéma précédent aurait dû servir de base pour l'évaluation des besoins à retenir par le schéma suivant. Cela n'a pas toujours été fait. Ainsi, dans la perspective du renouvellement de son schéma 1997/2003, la Drôme avait prévu de constituer un observatoire, regroupant la DDASS, les associations et les représentants des établissements et des services, et de le doter de tableaux de bord, mais le projet ne s'est jamais concrétisé. De la même façon, le Var n'a tiré qu'un bilan limité de son schéma 1997/2003 pour la formation des intervenants à domicile et la démarche qualité engagée avec les associations.

Les départements arrêtant leur premier schéma gérontologique devraient, quant à eux, disposer de données précises sur les perspectives d'évolution de la population âgée dépendante par territoire. Cette méthodologie a été mise en œuvre par des départements comme l'Orne et les Vosges ; il n'en a pas été de même pour la Meuse, dont le schéma gérontologique 2003/2007 se réfère à des données démographiques remontant au recensement INSEE de 1999. L'évaluation des besoins s'est parfois limitée à un bilan de l'offre existante : dans l'Aisne, cette façon de procéder a eu pour effet que le schéma gérontologique 2001/2005 n'a pu rééquilibrer les places d'hébergement, qui demeurent concentrées dans le nord du département.

307) Article L. 232-13 du CASF, en vigueur jusqu'au vote de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004.

308) Voir en annexe 8, le tableau sur les modalités d'élaboration et de suivi des schémas gérontologiques dans des départements contrôlés par les CRC.

La détermination des besoins s'est appuyée, dans plusieurs départements, sur des groupes de travail thématiques associant les différents acteurs et parfois les services de la DDE (Vosges). D'autres départements (Aisne, Doubs, Eure-et-Loir, Meuse, Var) ont chargé des cabinets privés de présenter un projet. Enfin, la démarche de concertation a été très contrastée : dans certains départements, (Doubs), elle a été insuffisante, pour ne pas dire inexistante, alors que le département d'Ille-et-Vilaine s'est appuyé sur treize comités d'observation de la dépendance et de médiation, existant depuis 1988 et celui du Rhône sur quatorze groupes de travail.

Le schéma du département des Vosges était devenu obsolète puisqu'il datait de 1986. Les travaux préparatoires du schéma gérontologique 2003/2007 ont commencé en octobre 2000, en s'appuyant sur quatre groupes de travail réunissant les différents acteurs (élus, services départementaux, DDASS, professionnels de santé, associations, caisses de retraite, représentants des usagers), puis sur huit groupes de travail traitant du rôle des intervenants à domicile, de l'élaboration d'un questionnaire sur l'hébergement du futur, de l'aide aux aidants, de la maltraitance, des objectifs qualité en hébergement, des coordinations, de l'action sociale et des SSIAD. Ces groupes ont disposé, en 2001, d'une étude de la DDE sur l'habitat des personnes âgées dans le département, et des réponses à un questionnaire envoyé aux personnes âgées de 65 à 75 ans. Enfin, l'assemblée délibérante a pu prendre connaissance de deux mémoires universitaires de qualité sur le bilan de la PSD dans le département et les premiers enseignements de l'APA.

Le schéma a été adopté en février 2003. Son exécution est suivie par un comité de pilotage se réunissant régulièrement.

2 – Contenu des schémas et suivi

Parmi les départements contrôlés, la détermination des objectifs n'a pas toujours été très précise par rapport à la situation spécifique du département et le chiffrage des schémas est rarement complet.

Certains schémas, comme celui du Doubs, se contentent de mettre en regard les objectifs généraux avancés par les pouvoirs publics (favoriser le maintien à domicile, développer les coordinations, définir une programmation des équipements) et l'offre, sans préciser les priorités et leur programmation. Dans d'autres départements, la relative précision des objectifs en matière de maintien à domicile est en décalage avec le caractère général de la politique d'hébergement (Orne) ou inversement (Var).

Les CRC ont fréquemment constaté des lacunes dans le chiffrage des schémas gérontologiques (Aisne, Doubs, Drôme, Meuse) ; parfois le chiffrage est limité à l'hébergement (Meurthe-et-Moselle, Var, Vosges).

Certains schémas gérontologiques ont prévu un comité de suivi, qui fonctionne effectivement depuis l'introduction du schéma (Ain, Meurthe-et-Moselle, Vosges). Dans d'autres départements, les comités de suivi ont été mis en place tardivement (Corrèze, Orne) ; dans la Drôme, le comité prévu n'a jamais fonctionné ; dans le Doubs et la Meuse, rien n'a été prévu.

Les schémas gérontologiques du département d'Ille-et-Vilaine

Depuis 1985, ce département dispose d'un schéma gérontologique régulièrement renouvelé. Il a participé, en 2001, à la démarche régionale visant à doter le SROS d'un volet médico-social indicatif (notamment par le développement d'une médecine gériatrique aiguë) et il a, dès juin 2000, anticipant la circulaire de 2002, élaboré un plan départemental en faveur des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Le premier schéma avait déjà organisé une coordination gérontologique autour de comités d'observation de la dépendance et de médiation (CODEM) réunissant l'ensemble des acteurs. L'idée dominante du schéma 2001/2006 est la mise en œuvre d'une logique de proximité, s'affranchissant du niveau cantonal en proposant une organisation cohérente au niveau de seize secteurs gérontologiques, tant pour le maintien à domicile que pour l'hébergement. Trois orientations sont retenues : renforcement de la coordination gérontologique autour des quinze CLIC, développement de l'offre de services à domicile (tel la mise en place de visiteurs de nuit) et adaptation de l'offre d'hébergement (hébergement temporaire et accueil de jour).

Le département dispose également depuis 1997 d'une base de données qui permet de suivre la demande d'hébergement en établissement, grâce à la coopération des différents acteurs, et à partir d'une analyse fine des inscriptions et des admissions, de mieux définir les besoins et leur répartition géographique. Ainsi, la constatation d'un déficit de places dans l'agglomération rennaise a conduit à réorienter les projets de création d'établissements dans le dernier schéma gérontologique.

Cet outil apparaît comme une réponse intéressante aux insuffisances relevées dans la programmation des établissements.

IV - La place des départements dans la coordination des actions au niveau local

Si le processus de coordination gérontologique a été largement engagé, dès l'institution de la PSD en 1997, entre les départements et les caisses de retraite, il demeure plus limité avec les associations d'aide à domicile.

A – La coordination entre les départements et les caisses de retraite

La loi du 20 juillet 2001 prévoit qu'« une convention, dont les clauses respectent un cahier des charges fixé par arrêté interministériel³⁰⁹, est conclue entre le département et les organismes de sécurité sociale pour organiser les modalités de leur coopération pour la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile ».

Le conventionnement avec les caisses de retraite est en bonne voie : en juin 2003, selon la CNAVTS, 79 conventions avaient été signées avec les départements, 14 étaient en cours de signature ou de négociation, seuls 7 départements n'avaient engagé aucune démarche.

Des conventions ont été signées dès l'introduction de la PSD dans certains départements³¹⁰ et plus tardivement, après l'introduction de l'APA, dans d'autres³¹¹.

En règle générale, le partenariat commence avec la répartition des compétences, en particulier pour traiter le cas des personnes passant du GIR 5 au GIR 4. Les expériences de mise en commun des équipes médico-sociales du département et des caisses se développent, notamment pour l'élaboration du plan d'aide à domicile (Ain, Aisne, Paris).

Le cahier des charges fixé en 2002 incite à la reconnaissance mutuelle des évaluations et à l'échange régulier d'informations sur les bénéficiaires. Le bilan en la matière reste néanmoins mitigé :

309) Arrêté du 10 janvier 2002.

310) Ain, Drôme, Gironde, Mayenne, Meurthe-et-Moselle, Moselle, Paris, Var, Vosges.

311) Loire-Atlantique, Meuse, Orne et Sarthe.

- Les évaluations de GIR effectuées par le service social des caisses régionales sont validées sans nouvelle évaluation par 61 départements, au moins à titre transitoire jusqu'à une éventuelle demande de révision. En revanche, les évaluations réalisées par les prestataires de services pour les caisses de retraite ne sont reconnues que par 18 départements.
- Les évaluations réalisées par les équipes médico-sociales des départements sont reprises par les caisses régionales dans 80 départements.
- Une reconnaissance mutuelle et réciproque des évaluations n'est observée que dans dix départements³¹².
- A l'inverse, dans six cas, aucune reconnaissance n'est opérée³¹³.

Guichet unique : l'expérience de la Moselle

L'article 1^{er} de la loi du 24 janvier 1997 instituant la PSD prévoyait que, pour favoriser la coordination des prestations servies aux personnes âgées dépendantes, organiser les tâches d'instruction et de suivi et préciser les modalités de gestion, les départements concluraient des conventions avec les organismes de sécurité sociale.

En octobre 1997, le département de la Moselle a conclu cinq conventions, avec la CRAM, la CRAV d'Alsace-Moselle, la MSA, l'Union régionale des sociétés de secours minières de l'Est (URSSME) et l'ORGANIC. Ces conventions, tacitement reconductibles chaque année, ont organisé un découpage territorial des compétences : le demandeur de l'aide sociale (ou sa famille) s'adresse à un interlocuteur unique, la CRAM pour le nord et l'est du département, l'URSSME pour le nord-est et l'ancien bassin minier, les services départementaux pour le reste du territoire. Un formulaire unique a été mis au point, avec un destinataire unique, le département de la Moselle, qui se charge de transmettre le dossier à l'organisme compétent. Les équipes médico-sociales ont été constituées avec la même logique, tant pour l'élaboration du plan d'aide que pour son suivi ; un comité de pilotage a été constitué et il a élaboré plusieurs supports de formation destinés aux équipes (élaboration du plan d'aide, aménagement du domicile, risques de chute, démence sénile).

L'ensemble de ce dispositif a été reconduit après l'introduction de l'APA, par la signature de nouvelles conventions en octobre 2002.

312) Départements des régions CNAVTS Aquitaine, Centre, Centre Ouest et Nord-Picardie.

313) Les quatre départements de la région Auvergne, le Gers et la Drôme.

Les conventions passées entre les départements et les caisses de retraite doivent s'inscrire dans le cadre et les objectifs des schémas gérontologiques. La cohérence entre les deux documents commence à prévaloir, même si, dans certains départements contrôlés par les CRC (Drôme, Meuse, Var), le conventionnement se limite encore à un simple échange d'informations et de dossiers. En revanche, l'absence de schéma gérontologique n'a pas empêché le département de la Moselle de développer l'expérience de guichet unique décrite ci-dessus. Plus largement, le partage des compétences entre départements et caisses de retraite au sein de l'ensemble de la population dépendante (GIR 1 à GIR 5) pose des problèmes de coordination, qu'il s'agisse des incertitudes de la séparation entre GIR 4 et GIR 5, ou du contenu de certaines prestations des caisses pour lesquelles le critère de séparation est difficilement applicable, notamment en matière d'hébergement.

D'une façon générale il paraît souhaitable que les relations entre les départements et les caisses sortent du caractère trop formel qui les marquent souvent pour que puissent se créer des partenariats à partir d'initiatives nouvelles. A cet égard, il faut souligner que les plans d'action personnalisée (PAPS), dont la nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) de la CNAVTS prévoit la généralisation, nécessiteront des relations étroites de coordination.

B – La coordination limitée entre les départements et les associations d'aide à domicile

Trois difficultés se présentent à cet égard.

En premier lieu, l'une des difficultés sérieuses auxquelles se heurte la mise en œuvre des schémas gérontologiques réside dans les faiblesses du processus de conventionnement avec les associations d'aide à domicile. Comme le département est leur principal financeur, de telles conventions permettraient pourtant un meilleur pilotage, la promotion de la qualité ou de la qualification des aides à domicile.

En novembre 2003, le département de Meurthe-et-Moselle a adopté une convention type conforme à l'une des orientations du schéma gérontologique 2002/2006 : une formation initiale d'une durée de cinq jours est désormais obligatoire dans les six mois suivant l'embauche de l'aide. Depuis février 2001, le département des Vosges a pris des dispositions du même ordre, en signant des conventions avec deux associations qui s'engagent à établir un plan annuel de formation. Cependant, la contractualisation de la formation des intervenants à domicile demeure rare.

En deuxième lieu, le financement des associations d'aide à domicile par les départements se fondait, depuis la mise en œuvre de la PSD et de l'APA, sur une tarification forfaitaire inspirée de celle de la CNAVTS pour l'aide ménagère³¹⁴. Un décret du 22 octobre 2003 a introduit une réforme du financement qui doit conduire à différencier le taux de prise en charge de l'heure d'intervention pour chaque organisme sur la base d'une comptabilité analytique et d'indicateurs d'activité.

Cette réforme, réclamée par les organismes, vise trois objectifs fondamentaux : permettre une meilleure allocation des ressources et une couverture des coûts réels supportés par les associations ; fournir les outils de suivi et de pilotage de l'activité des services avec les indicateurs ; favoriser la convergence des pratiques et des coûts.

Elle devrait entraîner des regroupements de services pour obtenir des économies d'échelle. Selon la DGAS, « les fédérations ont affirmé que [...] cette réforme [...] va obliger les services d'aide à domicile à se réorganiser [...] pour éviter de majorer les tarifs ». Les effets de la réforme n'étaient pas encore mesurables au moment de l'enquête. Toutefois, l'extrême complexité du décret, le risque d'hétérogénéité croissante des tarifs pratiqués, la non opposabilité de ce texte aux caisses de retraite³¹⁵ sont susceptibles d'entraver sa mise en œuvre.

En troisième lieu enfin, l'absence de coordination avec le conventionnement des associations par les caisses de retraite constitue un problème supplémentaire. Elle est notamment sensible pour la démarche qualité entreprise par la CNAVTS.

314) Un relevé effectué dans 55 départements par l'ADMR au 31 octobre 2002 faisait apparaître que 37 départements avaient retenu un tarif prestataire égal ou supérieur au taux CNAVTS pour la valorisation des plans d'aide de l'APA à domicile mais que dans 18 départements, le tarif était inférieur et n'intégrait pas la totalité des coûts, notamment de la RTT.

315) Cette interprétation a été confirmée par le Conseil d'Etat dans une note du 28 juin 2003. La CNAVTS continuera à déterminer un taux unique de participation car celle-ci relève de l'action sociale facultative et non de l'aide sociale. En cas de revalorisation du taux de participation inférieure aux revalorisations salariales, les montants restant à la charge des usagers devraient augmenter.

RECOMMANDATIONS

1- En ce qui concerne le suivi de la gestion de l'APA par les départements et la péréquation nationale :

- stimuler le développement des instruments juridiques et des outils de gestion des départements ;

- veiller à ce que la CNSA se dote d'un système d'information fiable permettant de suivre les actions menées et les dépenses réalisées par les départements pour l'APA ;

- tirer les conséquences des anomalies constatées et non justifiées dans la fixation des dotations de péréquation versées aux départements.

2- En ce qui concerne la planification, la programmation et la coordination des acteurs au niveau départemental :

- généraliser les schémas gérontologiques départementaux dans le cadre de la nouvelle procédure de l'article L. 312-5-1 du CASF ;

- susciter une harmonisation des méthodes d'élaboration des schémas et de leur contenu ;

- renforcer, dans le cadre de l'élaboration des schémas gérontologiques départementaux et dans la négociation des conventions d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la Sécurité sociale, la cohérence entre l'action des départements et des caisses de retraite, notamment à l'égard des services d'aide à domicile ;

- mesurer et évaluer les effets de la réforme de la tarification des services d'aide à domicile opérée par le décret du 22 octobre 2003.

Chapitre VIII

L'articulation des systèmes sanitaire et médico-social et le rôle des caisses de sécurité sociale

Outre la question de la répartition des rôles entre l'Etat et les départements et celle du partage entre le niveau régional et le niveau départemental, se posent deux autres questions d'organisation, assez étroitement liées dans les faits : la question de fond que constitue l'articulation entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire, problème qui est accru par le cloisonnement institutionnel actuel, et celle du rôle des caisses de sécurité sociale et des ARH.

I - L'articulation entre secteur médico-social et secteur sanitaire

Le lien nécessaire entre ces deux secteurs est un problème central pour les personnes âgées mais aussi pour les services et professions qui assurent leur prise en charge.

Les personnes âgées dépendantes ont en effet besoin, quand elles sont à leur domicile, à la fois de soins à caractère médical et d'une assistance visant à compenser leur perte d'autonomie. La cohérence de ces deux types de soins est un élément majeur pour leur qualité de vie comme pour leur état de santé. En cas de séjour momentané à l'hôpital, la continuité de leur prise en charge, au début de ce séjour comme lors du retour au domicile, est importante.

En établissement, la nécessité reconnue de longue date d'une médicalisation accrue des maisons de retraite et des logements-foyers traduit l'importance des soins médicaux qui doivent être assurés aux pensionnaires. L'accroissement de l'âge moyen de ceux-ci et l'aggravation corrélative de leur état de santé et de leur dépendance accentuent cette nécessité de médicalisation et donc de lien avec les établissements sanitaires. Les établissements d'hébergement doivent pouvoir recourir aisément aux moyens des hôpitaux. Un lien devrait exister entre les services hospitaliers de médecine gériatrique et les EHPAD pour que ces derniers aient un référent à qui s'adresser. L'intervention d'unités mobiles de soins gériatriques et d'unités mobiles de soins palliatifs, susceptibles de se déplacer dans les EHPAD, devrait être développée.

Dans son rapport sur la sécurité sociale de 2003, la Cour soulignait le manque de coordination entre les différentes initiatives de coordination gérontologique entre le secteur sanitaire et le secteur social, notamment entre les CLIC³¹⁶ et les réseaux de santé. Elle recommandait de clarifier les rôles respectifs des CLIC, des équipes APA et des réseaux de santé.

Le développement parallèle des CLIC et des réseaux, par des pilotes différents et avec des sources de financement distinctes, introduit un risque de coupure au sein de la politique de coordination gérontologique entre le secteur des soins et le secteur médico-social, au moment où la démarche médico-sociale et la démarche sanitaire risquent, dans ce domaine, de s'éloigner un peu plus du fait du transfert du financement et de la responsabilité des CLIC aux départements.

Une gradation continue de solutions devrait exister entre le recours aux professionnels libéraux au domicile, les SSIAD, les EHPAD, les USLD et les services hospitaliers. L'orientation des personnes âgées pour éviter un placement hâtif en EHPAD ou en USLD, voire un transfert injustifié vers les urgences ou les services de soins de suite, est de toute évidence centrale pour la personne âgée. Elle l'est également pour le fonctionnement des hôpitaux puisque le quart des patients qui y sont soignés ont plus de 75 ans et que les personnes âgées représentent une forte partie des recours aux urgences.

Les catégories et les qualifications du personnel sont comparables - infirmiers et aides-soignants- dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, dans les SSIAD et, en ce qui concerne les infirmiers, dans l'exercice libéral.

316) S'agissant du rôle des CLIC et de la mise en œuvre de cette politique voir le chapitre IX infra

Les passages des infirmiers d'un secteur à l'autre et de l'hôpital ou des EHPAD à la ville sont fréquents. La politique à mener devrait donc être globale, notamment pour la gestion de l'effectif de la profession ou de sa formation.

Tous les EHPAD ainsi que les hôpitaux locaux font appel à des médecins libéraux exerçant par ailleurs en ville.

C'est donc un ensemble de raisons qui convergent pour montrer la nécessité d'une bonne articulation entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire, et son intérêt croissant pour l'avenir.

Or, une grande partie des insuffisances dans la prise en charge se situe aujourd'hui au niveau de cette articulation : coordination difficile des interventions au domicile, faiblesse, voire inexistence quasi-totale, des réseaux de soins aux personnes âgées, lien souvent mal assuré entre CLIC et réseaux de soins quand il en existe, faible développement des unités mobiles de soins gériatriques, absence de redéfinition du rôle des USLD comme niveau de médicalisation intermédiaire entre EHPAD et services hospitaliers, absence encore très fréquente de vue d'ensemble entre planification hospitalière et schémas gérontologiques.

L'inorganisation, qui continue généralement de prévaloir dans les relations entre le dispositif sanitaire et le dispositif médico-social, est source à la fois de dysfonctionnements dans la prise en charge des personnes et d'alourdissement des dépenses.

II - Le cloisonnement institutionnel

Ces problèmes d'articulation tiennent, outre la difficulté intrinsèque du sujet, au fait que le secteur médico-social et le secteur sanitaire sont institutionnellement distincts, qu'ils relèvent, au sein même de l'Etat, de deux tutelles différentes et que le rôle des caisses de sécurité sociale, pourtant très fort, n'est ni complètement organisé ni suffisamment articulé avec celui des services de l'Etat.

A – Des modalités de programmation différentes

En principe, les schémas départementaux d'action sociale et médico-sociale sont établis pour une période maximale de cinq ans en cohérence avec les SROS³¹⁷. Toutefois, ils sont d'une portée juridique sensiblement différente. Les projets relatifs à la création de tout établissement de santé et de tout équipement lourd sont soumis à l'autorisation de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) ; le projet doit répondre aux besoins de santé de la population identifiés par le SROS et être compatible avec ses objectifs. Le schéma et ses annexes constituent un document opposable.

La Cour relevait en 1995 que le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, au regard duquel doivent être instruites les demandes de création, de transformation ou d'extension des établissements accueillant des personnes âgées, n'était ni obligatoire ni opposable, ce qui n'incite pas les départements à s'en doter. Les schémas départementaux sont désormais opposables simplement en ce que l'incompatibilité devient un motif suffisant pour refuser un projet, alors que la compatibilité ne lie pas le financeur public, qui reste libre du calendrier de ses financements. Cette opposabilité ne concerne donc pas l'annexe, au demeurant facultative, sur la programmation pluriannuelle des établissements et services à créer, à transformer ou à supprimer.

Les contrôles de la Cour ont mis en évidence que l'articulation des deux types de planification, sanitaire et médico-sociale, n'est pas encore acquise.

Cinq régions seulement ont traité de la prise en charge sanitaire des personnes âgées dans leur programme régional de santé (PRS).

317) Article L. 312-4 du CASF.

En Limousin, un premier PRS a été réalisé pour la période 1998/2003 et un nouveau est en préparation. Il dresse un état des lieux complet sur la population âgée de la région, ses revenus, ses conditions de vie, son état de santé et sa mortalité. Il fait également le point sur les équipements et services disponibles, mais le volet « recommandations » reste à écrire. Ce travail, qui associe les conseils généraux, ce qui facilite l'articulation avec les schémas gérontologiques, permet d'aborder la question des personnes âgées sous l'angle de la santé publique. Il a alimenté le volet gériatrique du SROS 2, actuellement en cours, et devrait inspirer le futur SROS 3 en préparation.

En Ile-de-France, le PRS d'avril 2001 retient, parmi cinq objectifs, une meilleure prévention du handicap à travers l'amélioration de la filière de prise en charge sanitaire des personnes âgées. Le SROS arrêté en janvier 2003 reprend cette démarche.

En Bretagne et en Midi-Pyrénées, il est prévu que les SROS 3 (2005/2009) comportent un volet gériatrique.

L'article 58 de la loi du 11 février 2005³¹⁸ introduit un nouveau document, le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie. Ce programme - « vecteur essentiel à la cohérence d'ensemble, qui faisait défaut jusque là », selon la DGAS - établi par le représentant de l'Etat dans la région en liaison avec les préfets de département, définit les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services au niveau régional qui sont établies et actualisées sur la base des schémas nationaux, régionaux et départementaux d'organisation sociale.

La Cour souligne qu'un tel dispositif, qui vise notamment à renforcer les pouvoirs de programmation de l'Etat au niveau régional, ne permettra une bonne articulation de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale que si les départements sont étroitement associés à l'élaboration du nouveau document régional en même temps qu'ils élaboreront ou actualiseront leurs schémas médico-sociaux. Encore faut-il qu'ils se dotent tous d'un tel schéma, ce qui est loin d'être le cas actuellement.

318) Article L. 312-5-1 du CASF.

B – Des tutelles distinctes

Depuis 1997, c'est l'agence régionale de l'hospitalisation qui assure la tutelle des établissements sanitaires au nom de l'Etat, et non plus le Préfet, alors que celui-ci continue d'assurer la tutelle des établissements médico-sociaux. Certes, les DRASS sont à la fois sous l'autorité du Préfet et membres de l'ARH, ce qui favorise le lien, mais les deux autorités sont distinctes.

La création des agences était positive pour la gestion du secteur hospitalier, mais elle est intervenue, alors même qu'était engagée la médicalisation des EHPAD, sans que soient prises des dispositions pour

De même, la CRAM est membre de l'ARH, ce qui vise à faire coordonner par l'ARH l'action de l'assurance maladie et celle de l'Etat tout en permettant à l'agence de bénéficier des moyens en personnel de l'assurance maladie. En revanche, la situation est demeurée inchangée pour les rapports entre caisses et services de l'Etat en matière d'hébergement des personnes âgées dépendantes.

La combinaison de la décentralisation dans le domaine médico-social et de la création des ARH, et l'absence simultanée d'évolution des relations entre Etat et assurance maladie aboutissent à une multiplicité d'autorités compétentes qui ne peut que nuire à l'articulation entre prise en charge sanitaire et prise en charge sociale et médico-sociale : préfet, président du conseil général, ARH, assurance maladie.

Au plan national, la volonté que la CNSA constitue un outil pour l'Etat et qu'elle soit distinguée de l'assurance maladie et de l'assurance vieillesse a conduit à ne pas faire siéger les caisses nationales au conseil d'administration du nouvel établissement.

C – Des compétences et une organisation dispersées

1 – Les chevauchements de compétence

Au surplus, les compétences respectives ne sont pas toujours clairement réparties. Ainsi, les aides techniques sont prises en charge pour partie par l'assurance maladie, au titre de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR), et pour partie par l'APA.

2 – L'organisation dispersée de l'assurance maladie

En outre, entre les branches et à l'intérieur même de l'assurance maladie, l'organisation demeure dispersée.

Les CRAM appartiennent à la fois à la branche vieillesse et à la branche maladie et une organisation intégrée de leurs différentes activités serait donc utile pour ce qui concerne les personnes âgées dépendantes. En réalité, les services travaillant pour chaque branche restent très séparés et, à l'intérieur même des activités menées par la branche vieillesse, les services gestionnaires des prestations d'action sociale sont généralement cloisonnés par rapport à ceux qui participent à la planification et au contrôle.

Dans la branche maladie, les échelons régionaux du service médical (ERSM) relèvent directement du niveau national et sont donc indépendants des CRAM, comme le sont les caisses primaires qui assurent les remboursements aux assurés et versent les dotations aux établissements. Les CRAM conduisent les relations avec les établissements, suivent leurs activités et les contrôlent, alors que les CPAM et les URCAM ont en charge les relations avec les professionnels libéraux et les soins dispensés en ville. Comme la Cour l'a déjà relevé, il n'existe pas de véritable organisation régionale de l'assurance maladie³¹⁹.

319) Rapport public sur la sécurité sociale, septembre 2004, Chapitre X, l'organisation régionale en matière de santé et d'assurance maladie.

3 – Les progrès récents et leurs limites

a) Les progrès esquissés dans des textes récents

Sur ces divers points, des progrès ont été recherchés, notamment dans la période récente.

Au plan national, la loi du 11 février 2005 prévoit que la CNSA passera des conventions avec la CNAVTS et avec la CNAMTS.

Au plan interdépartemental, la même loi introduit dans le code de l'action sociale et des familles deux innovations. En premier lieu, « dans un souci d'articulation de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale, le représentant de l'Etat dans la région, en liaison avec le directeur de l'ARH, le directeur de la CRAM et les préfets de département, propose à la CNSA une répartition de la dotation régionale ». En second lieu, il propose « dans les mêmes conditions » la répartition des dotations départementales en dotations affectées à certaines catégories de bénéficiaires ou à certaines prestations ». L'affirmation à deux reprises, du souci d'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social et la recherche d'un lien avec l'ARH et la CRAM sont donc claires. Elles sont d'autant plus importantes que, même si ces mécanismes ne concernent que « la part des prestations financées sur décision tarifaire de l'Etat », les propositions formulées dans ce cadre auront un effet d'entraînement ou d'orientation sur les autres financeurs et notamment les départements.

Au plan opérationnel, la loi du 2 janvier 2002 a permis aux établissements sociaux et médico-sociaux de constituer des groupements de coopération, capables de mieux collaborer ensuite avec les établissements ou groupements d'établissements sanitaires. L'organisation de ces groupements serait proche de celle des groupements de coopération sanitaires afin de faciliter ces coopérations. Le décret d'application n'a pas encore été publié mais, selon la DGAS, il visera à renforcer la coopération entre les deux secteurs.

Une lettre commune DGAS/DHOS, relative aux CLIC et aux réseaux de santé gériatriques, a été adressée le 16 septembre 2004 aux ARH, aux DRASS et aux DDASS afin de renforcer cette synergie. Le ministère invite les instances départementales et régionales participant à l'instruction des dossiers à rechercher la complémentarité de leurs décisions notamment en matière d'implantations ; il recommande que les services des départements soient associés au travail mené par les comités régionaux des réseaux et que les comités régionaux d'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS), amenés à donner un avis sur les projets de CLIC, prennent en compte les travaux des comités des réseaux.

b) Les expériences locales

Dans la pratique, divers services ont mené des expériences intéressantes pour surmonter les cloisonnements créés par les textes.

Par exemple, on l'a vu, quelques ARH ont élaboré des volets personnes âgées dans les SROS de deuxième génération. En Bretagne a été élaboré en 2003 un schéma régional global comportant à la fois le volet sanitaire opposable du SROS concernant les personnes âgées et un volet médico-social indicatif. Le bilan, diagnostic préalable à l'élaboration de ce schéma régional global, a été établi en commun par l'ARH et les responsables du secteur médico-social.

Les CLIC ont souvent pour support les associations d'aide à domicile. Toutefois, comme en Bretagne, il serait souhaitable que d'avantage de conventions lient le CLIC non seulement aux services d'aide à domicile, aux établissements pour personnes âgées et aux SSIAD mais aussi aux hôpitaux locaux et aux centres hospitaliers. En Ile-et-Vilaine, la convention de 2003 sur la coordination de l'action gérontologique associe ainsi le préfet, le département mais également, entre autres, la CRAM, la MSA et la CPAM. Elle prévoit, parmi les membres du CODEM,³²⁰ les professionnels de santé.

En Eure-et-Loir, c'est un médecin de l'échelon régional du service médical (ERSM) qui pilote la préparation du schéma gérontologique.

Plusieurs CRAM mènent des actions de formation des services d'aide ménagère (Auvergne, par exemple).

Ces diverses actions ou expériences sont intéressantes. Elles demeurent cependant ponctuelles, hétérogènes selon les régions, souvent fragiles. Surtout, elles constituent généralement plus des palliatifs que des solutions.

De même, à l'intérieur de l'assurance maladie, les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) ne constituent qu'un palliatif qui ne peut permettre de faire l'économie de la mise en place d'une véritable organisation régionale du régime général.

Des réflexions de fond sont indispensables pour éviter la dispersion des moyens et pour garantir une réelle continuité de la prise en charge. La coordination ne pourra progresser que si, d'une part, les réseaux de santé se développent réellement et si, d'autre part, l'Etat réforme ses services déconcentrés et ses relations avec les organismes d'assurance maladie.

³²⁰ Comité d'observation de la dépendance et de médiation (voir supra encadré sur les schémas gérontologiques du département d'Ile-et-Vilaine)

III - Le rôle des caisses de sécurité sociale et des ARH

Les caisses sont aujourd'hui omniprésentes, qu'il s'agisse de gestion, de planification, de financement ou de contrôle.

La branche retraite du régime général continue de mener une action sociale, même si elle est recentrée sur les personnes âgées relevant des GIR 5 et 6.

La participation financière de la branche maladie à la prise en charge des personnes âgées dépendantes s'accroît quant à elle, et atteint des montants très élevés.

L'assurance maladie est en discussion permanente avec les professions de santé, notamment pour les soins dispensés en ville et elle est, de fait, la seule à avoir une vue d'ensemble sur ces professions. Elle dispose d'un système d'information que la CNSA compte utiliser pour le suivi de la consommation des crédits par exemple. Les caisses régionales d'assurance maladie sont associées aux différentes planifications, notamment à l'élaboration des schémas gérontologiques. Elles sont membres des CROS et des CROSMS. Les médecins des échelons régionaux du service médical, dont le nombre est très supérieur à celui des médecins inspecteurs des services de l'Etat, effectuent des visites et des contrôles dans les EHPAD. Les CRAM elles-mêmes disposent d'effectifs nombreux. La présence des caisses à tous les stades et dans toutes les instances traduit la force des moyens et des compétences dont elles disposent³²¹.

Les ARH sont quant à elles devenues le cadre naturel de l'association des moyens des caisses et de ceux des services de l'Etat en matière sanitaire et ont acquis une grande expérience en matière de planification de l'offre de soins et de gestion d'enveloppes budgétaires.

Ce constat, allié au nécessaire renforcement de l'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social conduit à recommander le renforcement de la collaboration directe entre les acteurs : services de l'Etat, caisses et agences régionales de l'hospitalisation pour assurer la mise en oeuvre de la politique en faveur des personnes âgées dépendantes.

321) voir Cour des comptes – rapport sur la sécurité sociale - septembre 2004.

Ces évolutions complèteraient celle qui est préconisée sur l'articulation entre les DRASS et les DDASS. Elles réduiraient la complexité des mécanismes actuels qui est inadaptée à l'enjeu que représentera la prise en charge de la dépendance dans les prochaines années. Elle ouvrirait aussi aux départements, dont le rôle dans la gestion de proximité est essentiel, la possibilité d'un dialogue plus clair et plus simple avec le niveau régional.

RECOMMANDATIONS

- *Mieux organiser la participation des caisses d'assurance maladie à la définition et à la mise en œuvre de la politique d'accueil des personnes âgées dépendantes.*
 - *Prévoir la participation des ARH à la gestion de l'enveloppe de l'ONDAM médico-social.*
 - *Assurer une meilleure concertation entre les représentants de l'Etat et des départements pour améliorer l'articulation des volets sanitaire et médico-social de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en institution.*
-

Chapitre IX

Structurer les dispositifs autour d'un objectif prioritaire : la réponse aux attentes de la personne et la continuité de sa prise en charge

Les recommandations pour l'amélioration du pilotage au niveau national et régional, une répartition plus claire des responsabilités au niveau local et une coordination des acteurs plus efficace tendent vers un objectif prioritaire : placer la personne âgée dépendante au centre du dispositif, en répondant à ses aspirations et à ses besoins réels, en lui laissant le libre choix de son lieu de vie, et en lui assurant une prise en charge qui évite les changements brutaux dans son environnement et son rythme de vie.

I - Organiser des parcours adaptés aux besoins des personnes âgées dépendantes

Le morcellement des services administratifs (DDASS, services des départements, services des caisses de sécurité sociale), des intervenants (services sociaux, services de soins infirmiers, de gardes à domicile, d'aides ménagères), des structures (hôpital en court ou long séjour, maisons de retraite inégalement médicalisées) et des financements rend indispensable le développement de la coordination gérontologique pour assurer une prise en charge globale et continue de la personne âgée.

Dès 1962, le rapport Laroque recommande de mettre à la disposition des personnes âgées « un ensemble coordonné de moyens et de services adaptés à leurs besoins ». A partir des années 1970, la demande croissante des personnes âgées d'être maintenues dans leur cadre de vie rend nécessaire une imbrication de plus en plus forte entre le dispositif social et le dispositif de soins. Des réseaux gérontologiques se constituent alors de manière informelle.

Une circulaire de septembre 1981 du secrétaire d'État chargé des personnes âgées met en place 500 emplois de coordinateurs locaux avec une double mission : assurer la coordination institutionnelle entre services et établissements et coordonner ces mêmes acteurs autour de cas particuliers de prise en charge. Mais lorsque l'État réduit, dès 1982, puis supprime, en 1983, sa participation financière, les postes de coordinateurs disparaissent progressivement.

Les années récentes ont vu apparaître des initiatives visant à développer de nouvelles coordinations ou à formaliser les coordinations gérontologiques existantes : il s'agit essentiellement des CLIC et des « réseaux de santé ». Toutefois, ces initiatives n'ont donné lieu qu'à des réalisations partielles encore mal évaluées et insuffisamment coordonnées entre elles.

A – Un dispositif de proximité : les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

1 – Une initiative de l'Etat

Institués à titre expérimental en 2000³²² et confirmés par la loi du 20 juillet 2001 relative à l'APA, les centres locaux d'information et de coordination ont pour vocation d'offrir aux personnes âgées un lieu d'écoute et d'information sur l'offre de services (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) dont elles peuvent bénéficier localement ; ils peuvent également être appelés à évaluer les besoins de la personne âgée et aider à la mise en œuvre d'un plan d'aide individualisé.

Le CLIC est un dispositif de proximité. Sa zone d'intervention est infra-départementale et correspond au « bassin de vie », soit une population de l'ordre de 7 000 à 10 000 personnes âgées de 60 ans et plus en milieu rural ou d'habitat dispersé et de 15 000 en milieu urbain.

322) Circulaire DAS-RV2 n° 2000/310 du 6 juin 2000.

La procédure de création des CLIC, dont le maillage doit être cohérent avec le schéma gérontologique et le schéma régional d'organisation sanitaire, repose sur l'initiative d'une personne privée (association) ou publique (département, CCAS, hôpital). Le CLIC a vocation à fédérer autour de lui le plus grand nombre d'acteurs possible.

Les CLIC sont « labellisés » par un comité de pilotage départemental associant la DDASS, le département, les représentants des CCAS, de la CRAM et de la DDE, avec décision conjointe du préfet et du président du conseil général. Trois niveaux de labellisation ont été retenus, en fonction de l'étendue des missions et des services offerts, l'objectif étant qu'à terme tous les CLIC soient de niveau 3.

Les trois niveaux de labellisation des CLIC

Niveau 1 : le CLIC a une mission d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles.

Niveau 2 : le CLIC a, en plus, une mission d'évaluation des besoins de la personne âgée et d'élaboration du plan d'aide personnalisé en concertation avec la personne âgée et son entourage.

Niveau 3 : s'ajoutent aux missions déjà évoquées la mise en œuvre, le suivi et l'adaptation du plan d'aide personnalisé. Le CLIC aide à la constitution des dossiers de prise en charge et permet d'actionner les différents services d'aide.

L'État, premier financeur du dispositif, a consacré 14,9 M€ aux CLIC en 2002 et 17,6 M€ en 2003 sous la forme d'aides au démarrage d'une durée de deux ans destinées à permettre aux CLIC de parvenir au niveau 3. En 2004, compte tenu des contraintes budgétaires, le financement a été assuré, pour 22,2 M€, par le Fonds de modernisation de l'aide à domicile (FMAD)³²³.

323) La DGAS a considéré que les CLIC figurent à l'article L. 312-1 I-11° du CASF au titre des services sociaux et médico-sociaux et « peuvent être ainsi regardés comme une variété de services intervenant à domicile ».

Part respective des cofinanceurs en 2002 et 2004		
Financeurs	Part du financement en 2002	Part du financement en 2004
Etat	47,9 %	41,6 %
Collectivités territoriales	34,2 %	37,6 %
Caisses de retraite et org. soc.	8,7 %	11,2 %
Hôpitaux	2,7 %	1,9 %
Divers (CNASEA,cotisations)	6,5 %	7,7 %
Total	100 %	100 %

Source : DGAS

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a transféré la compétence en matière de CLIC aux départements.

2 – Un bilan contrasté au moment du transfert aux départements

a) Maillage territorial

L'objectif visé en 2000 lors des premières expérimentations était d'atteindre le nombre de 1 000 CLIC à l'horizon 2005 grâce à un financement pérenne de 100 MF (15,24 M€) par an de 2001 à 2005.

Le développement des centres a fait l'objet d'un pilotage actif par la DGAS. Fin décembre 2004, 516 CLIC étaient recensés³²⁴, dont 53 % portés par des associations, 26 % par des communes, 9 % par des départements et 9 % par des structures hospitalières. Seuls 22 départements avaient achevé le maillage de leur territoire et l'objectif de 1000 CLIC en 2005 ne paraît plus pouvoir être atteint.

b) L'apport des CLIC

Les réponses des DDASS au questionnaire de la Cour font apparaître une appréciation positive de l'apport des CLIC : 47 des 53 DDASS interrogées jugent le service rendu par les CLIC satisfaisant pour ce qui concerne l'information et 37 jugent les dispositifs de prise en charge satisfaisants. Néanmoins, ces appréciations ne s'appuient pas sur des mesures précises. L'évaluation prévue par les textes instituant les CLIC (notamment dans la loi du 2 janvier 2002), pour laquelle l'INSERM a élaboré un guide d'auto-diagnostic, n'est pas encore systématisée. Seules des évaluations sur les vingt-cinq premiers CLIC, dits expérimentaux, sont aujourd'hui disponibles.

324) 169 en décembre 2001, 272 en décembre 2002, 404 en décembre 2003.

Il ressort des premières analyses une grande hétérogénéité tant dans les missions assurées que dans les moyens et les partenaires mobilisés. 47 % des CLIC avaient atteint le niveau 3 à la fin de 2004, mais cette labellisation recouvre des réalités diverses.

Les observations faites par les chambres régionales des comptes font ressortir trois points :

- les définitions des territoires sont très contrastées. Certains départements s'appuient sur les circonscriptions administratives traditionnelles de l'aide sociale départementale. D'autres ont procédé à un découpage gérontologique spécifique, soit en utilisant des structures gérontologiques souvent anciennes, soit en retenant des seuils démographiques ou une combinaison des critères démographiques et des caractéristiques urbaines ou rurales des zones concernées ;
- dans l'échantillon examiné, la couverture du territoire départemental est le plus souvent incomplète ;
- la démarche de labellisation est généralement progressive, ce qui conduit à la coexistence de niveaux différents au sein d'un même département. Dans quelques cas, des schémas gérontologiques ont affiché, avec l'encouragement de l'Etat, un objectif immédiat de label 3, en fait plus long à atteindre que prévu.

Les premières évaluations de CLIC et les travaux des juridictions financières font apparaître aussi des difficultés d'articulation des CLIC avec d'autres dispositifs de coordination. Dans la quasi-totalité des départements examinés, il existait des structures d'information ou de prise en charge antérieures à la mise en place des CLIC. Ces structures ont le plus souvent été intégrées dans les CLIC. Certaines ont néanmoins subsisté ; plusieurs DDASS jugent l'action de ces structures redondante avec celle des CLIC³²⁵.

Il est rappelé que la loi du 2 janvier 2002 permet d'autres modalités de coordination entre financeurs et entre intervenants³²⁶. Elles ne font toutefois l'objet d'aucun suivi au niveau national et leur valeur ajoutée par rapport aux coordinations tissées dans le cadre des CLIC ou des schémas gérontologiques reste incertaine.

325) 6 sur les 53 interrogées par questionnaire.

326) Articles L. 312-6 et L. 312-7 du CASF.

c) La coordination avec les équipes médico-sociales

Le problème principal est celui de la coordination avec les équipes médico-sociales des départements chargées d'évaluer les besoins de la personne âgée et de proposer un plan d'aide. Certes, on ne saurait confondre la coordination gérontologique, qui concerne toutes les personnes âgées, éligibles ou non à l'APA, et celle des acteurs dans le cadre de l'APA. Néanmoins, l'évaluation des CLIC expérimentaux montre que la répartition des rôles entre équipes médico-sociales du département et CLIC peut entraîner une certaine confusion. Seules cinq DDASS³²⁷ font état d'une coopération satisfaisante et efficace avec le département dans la mise en place des CLIC. Dans un quart des départements étudiés, le conseil général n'a pas participé financièrement à cette mise en place.

Plusieurs raisons expliquent cette situation.

Tout d'abord, les départements, qui devaient mettre en place l'APA en 2002 et gérer sa rapide montée en charge, ont donné la priorité à ce dispositif plutôt qu'au déploiement des CLIC. Nombre d'entre eux, en 2002 et 2003, n'ont pas souhaité associer les CLIC au suivi ou à l'évaluation de l'APA.

De plus, engagés depuis 1997 dans la gestion de la PSD, ils avaient mis en place leurs propres équipes médico-sociales pour procéder aux évaluations de la dépendance. Il était donc peu réaliste de vouloir faire jouer le même rôle aux CLIC à compter de 2001. Certains départements ont d'ailleurs voulu cantonner les CLIC au niveau 1.

Enfin, de nombreux départements ont hésité à s'engager financièrement, craignant un désengagement à venir de l'État.

Ainsi, le dispositif des CLIC, bien qu'il ait fait l'objet d'une impulsion importante au niveau national, a souffert de son lancement tardif au regard des actions mises en œuvre par les départements dans le cadre de la PSD et de l'absence de pilotage national des schémas gérontologiques dans lesquels les CLIC avaient vocation à s'intégrer.

Poursuivie dans un contexte où la montée en charge de l'APA à partir de 2004 a accaparé les énergies, sa montée en puissance lente et régulière et son caractère récent impliquent qu'il faudra encore du temps pour rôder le dispositif et formaliser les partenariats et procédures.

327) Aisne, Aube, Haute-Corse, Pyrénées-Atlantiques, Paris.

Le président du conseil général est désormais l'autorité compétente pour autoriser les CLIC après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale. Ce transfert de compétence devrait faciliter la recherche de cohérence entre le travail des CLIC et celui des équipes médico-sociales.

Les CLIC devront toutefois faire la preuve de leur efficacité. A cet égard, une évaluation de leur activité paraît devoir être engagée à brève échéance.

B – Les réseaux de santé pour personnes âgées

1 – Un effort de coordination dans le domaine sanitaire

Les ordonnances du 24 avril 1996 ont formalisé deux catégories de réseaux : les réseaux expérimentaux financés sur l'enveloppe « soins de ville » de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie et les réseaux ville-hôpital, agréés par les ARH et financés sur les enveloppes hospitalières. En 1999, un fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville (FAQSV) a été créé, pour soutenir notamment les initiatives de coordination dans le secteur ambulatoire.

La loi de financement de la sécurité sociale de 2002 et la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins ont fusionné les deux procédures prévues en 1996 et clarifié les systèmes de financement.

Il existe désormais une enveloppe au sein de l'ONDAM pour le développement des réseaux. La décision d'accorder un financement sur cette enveloppe est prise conjointement par l'ARH et l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM). Le FAQSV reste néanmoins mobilisable jusqu'au 1^{er} janvier 2007 pour soutenir le volet ambulatoire de tout type de réseau de santé. D'autres financements publics peuvent être accordés par des collectivités territoriales ou des ARH.

Les réseaux ont pour ambition de favoriser sur un territoire donné une meilleure orientation du patient et de développer la coordination et la continuité des soins. Ils ont donc une vocation proprement sanitaire, contrairement à celle des CLIC : ils ont pour objectif de prendre en charge les patients alors que le CLIC ne fait qu'actionner d'autres services. De plus, leur champ d'action géographique est en général plus étendu que celui des CLIC.

2 – Un bilan très modeste

Dans quasiment tous les domaines de la santé, les réseaux de soins se sont très peu développés. C'est en particulier le cas pour les soins aux personnes âgées³²⁸.

Le pilotage en matière de réseaux est dispersé : la DHOS suit les réseaux bénéficiant de financements de l'ONDAM grâce en particulier à la récente installation d'un observatoire national des réseaux de santé qui recensait 38 réseaux gérontologiques au 31 décembre 2004³²⁹. D'autres réseaux, bénéficiant notamment du FAQSV, sont suivis par la CNAMTS.

Les dépenses de l'ONDAM sur la dotation nationale des réseaux de santé pour les réseaux gérontologiques sont peu élevées : 1,4 M€ en 2002, 1,5 M€ en 2003 et 3,9 M€ en 2004, ce qui confirme leur très faible développement.

La démarche d'évaluation des résultats des réseaux reste embryonnaire. La DHOS n'a connaissance que de l'évaluation du réseau gérontologique développé de longue date par la MSA.

Les résultats du réseau MSA

La MSA a développé un réseau gérontologique sur 19 sites. A la fin de 2003, le réseau comptait 1 200 bénéficiaires, et 628 professionnels de santé lui apportaient leur concours.

Une évaluation menée en 2002 permet de comparer les parcours des personnes âgées prises en charge par le réseau à celui de personnes non prises en charge.

L'inclusion d'un patient dans le réseau fait suite à une évaluation médico-sociale suivie d'une réunion de coordination. Cette dernière se tient le plus souvent au domicile de la personne âgée, ce qui permet de prendre en compte l'ensemble des interventions nécessaires.

Le réseau apporte une réelle valeur ajoutée pour la coordination entre le médical et le social et il favorise le maintien à domicile. 90 % des personnes âgées se déclarent satisfaites ou très satisfaites. Le travail en réseau permet aussi de modifier le comportement des usagers et des professionnels dans le sens d'une diminution des prescriptions et ainsi de rendre plus efficiente la dépense d'assurance maladie.

L'évaluation fait néanmoins apparaître un point faible pour la coordination entre le secteur ambulatoire et l'hôpital : l'hôpital n'est pas perçu comme un acteur majeur du réseau. De plus, il n'a pu être démontré que le réseau permettait de réduire la durée de l'hospitalisation, ce qui est pourtant un de ses objectifs.

328) Cf. rapport public de la Cour des comptes sur la sécurité sociale, septembre 2003.

329) Sur 374 réseaux financés sur la dotation nationale des réseaux.

Fondamentalement, le nombre de réseaux de santé et leur impact concret demeureront limités tant que les conditions d'exercice et les modes de rémunération des professionnels en ville demeureront inchangés, la rémunération à l'acte étant peu favorable à ce type d'initiative.

II - Assurer la continuité des soins et de l'aide

A – Une approche mieux coordonnée et si possible intégrée des services d'aide à domicile

1 – Désigner un interlocuteur unique

Tout ce qui peut contribuer à désigner un interlocuteur unique à la personne âgée dépendante et à sa famille pour l'organisation et le suivi de la prise en charge paraît devoir être encouragé par les pouvoirs publics. L'unité de gestion, la stabilité de la relation et la simplicité du dispositif constituent autant de facteurs favorables. Le décret du 25 juin 2004 demande d'ailleurs aux services d'aide et d'accompagnement à domicile de garantir la continuité des interventions et leur bonne coordination³³⁰. La création de services polyvalents ouvre une voie qui répond à cet objectif.

Les frontières entre acteurs de proximité locaux (SSIAD, professionnels médicaux et paramédicaux intervenant en soins de ville, services d'aide à domicile financés sur l'aide sociale départementale) relevant de sources et de mécanismes de financement différents constituent autant d'obstacles à une harmonisation des interventions. Il est regrettable que la notion de coordination médico-sociale, pleinement reconnue dans le processus qui conduit à l'établissement du plan d'aide et à l'attribution de l'APA, disparaisse ensuite lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre les différents soins et services à la personne.

330) Art. 14 du décret relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

Dans un système institutionnel certes différent, le Royaume-Uni a mis en place une réforme de l'aide à domicile (« community care ») qui intègre au niveau local les services sociaux fournis par les collectivités locales et les allocations du système national d'aide sociale et qui ouvre la possibilité aux hôpitaux du service national de santé et aux collectivités locales de créer ensemble des organismes (Care Trusts) fournissant des services intégrés de soins et d'aide à domicile. La Norvège et la Suède ont, elles aussi et depuis longtemps, regroupé au niveau local des services sociaux et des services de soins aux personnes âgées.

Toute réponse allant dans le sens d'un renforcement de l'intégration des services de soins et des services d'aide à domicile, par ses effets de synergie et de meilleure utilisation des moyens existants, ne peut qu'alléger les tensions sur l'offre dans les deux secteurs.

Quelle que soit l'organisation des services au niveau local, deux facteurs paraissent fondamentaux pour la qualité de la prise en charge de la personne : associer le plus possible son médecin généraliste et n'avoir qu'un seul correspondant pour l'ensemble des interventions au domicile.

Le « choc des ruptures » : un exemple de parcours

Une femme âgée de 93 ans, valide et vivant seule à son domicile parisien, a été hospitalisée en urgence, en raison d'une pathologie pulmonaire, dans un service de court séjour. Plusieurs examens médicaux, à l'issue d'attentes multiples, ont été pratiqués, mais sans admission au service gérontologique de l'hôpital ou dans un EHPA. La malade a été finalement admise dans un service de médecine générale d'un autre hôpital, qui, une semaine plus tard, a imposé un retour au domicile, jugeant que son état de santé ne justifiait plus une hospitalisation, la personne n'étant cependant alors plus autonome. La famille a dû chercher -dans l'urgence- une solution d'aide à domicile sans appui des services sociaux de l'hôpital. Elle a fait appel à l'association d'aide à domicile de l'arrondissement. Le dispositif mis au point comportait 6 gardes de nuit par semaine par une assistante de vie et 8 heures de présence par jour durant 5 jours d'une autre assistante, la famille prenant le relais pendant la fin de semaine.

Ce système relativement efficace a duré peu de temps, car la personne s'est fracturé le col du fémur. Elle a été hospitalisée en urgence, à nouveau dans un service de médecine générale, puis transférée au service de chirurgie orthopédique. Après un séjour de 12 jours, l'hôpital a décidé le retour au domicile.

Un établissement de soins a néanmoins été trouvé avec l'aide de l'assistante sociale de l'hôpital, afin d'entreprendre une rééducation fonctionnelle limitée. L'intéressée y est restée 45 jours, tandis qu'un système d'aide à domicile était mis en place (adaptations dans l'appartement, acquisition d'un déambulateur, séances de massage). La famille a réactivé le système d'assistance à domicile (avec la même association et selon les mêmes modalités que précédemment)

Ce système a fonctionné pendant 10 mois. À la suite d'un congé de maladie de l'assistante de vie qui n'a pas été remplacée, l'essai a été tenté par la personne âgée de vivre seule durant la journée avec l'aide d'une de ses filles. Cette situation dure encore, rythmée par des visites à domicile, tous les 2 ou 3 mois, du médecin traitant.

Aucun dossier de demande d'APA n'a été constitué. L'intéressée n'a pas souhaité non plus faire l'objet d'une « évaluation à domicile », compte tenu de son niveau de ressources. Plusieurs organismes de retraite ont été sollicités pour prendre en charge des services complémentaires d'aide à cette personne dépendante : ils ont soit répondu par la négative, soit indiqué qu'ils ne géraient que des fonds sociaux d'un niveau limité, ou que l'intervention d'une aide ménagère après une intervention chirurgicale était limitée à une période de 30 jours.

La situation particulière analysée ci-dessus met en évidence plusieurs dysfonctionnements dans la coordination des interventions notamment une articulation insuffisante entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social qui ne garantit pas la continuité de la prise en charge. Cet exemple fait ressortir l'intérêt de services polyvalents d'aide et de soins et le rôle de coordination des CLIC.

2 – Renforcer l'appui aux aidants à domicile

L'analyse du maintien à domicile a montré le rôle fondamental de l'entourage familial dans la continuité de la prise en charge de la personne âgée dépendante. Une politique cherchant à encourager cette voie ne peut faire l'économie d'une réflexion sur les moyens de valoriser ce rôle d'utilité sociale.

De nombreux pays, en effet, devant la montée notamment de la maladie d'Alzheimer, ont reconnu l'appui aux aidants familiaux comme une dimension fondamentale de tout système public de prise en charge de la dépendance à domicile.

Par comparaison la France ne paraît pas particulièrement bien dotée, ni dans ses textes, ni dans ses équipements, ni même dans ses initiatives. On ne peut donc citer que des pistes tirées d'expériences étrangères.

Un certain nombre de pays ont adopté une stratégie nationale définissant les besoins des aidants familiaux et la nature des services à leur apporter (Australie, Royaume-Uni, Nouvelle-Zélande).

Dans le système allemand, qui repose sur un dispositif national d'assurance dépendance depuis 1995, il est souligné, s'agissant du maintien à domicile, que « la famille est et restera le premier service de soins de la nation ». A ce titre, l'assurance dépendance prévoit notamment des cours gratuits de soins à l'intention des proches et des tierces personnes bénévoles.

La Grande-Bretagne a introduit un dispositif d'évaluation des besoins de l'aidant familial, en même temps que sont évalués ceux de la personne dépendante.

De nombreux pays développent des systèmes qui permettent de donner des moments de répit aux aidants familiaux : les formules d'accueil de jour et d'hébergement temporaire programmées en France dans le cadre des deux plans Alzheimer successifs mettent en jeu des moyens relativement lourds mais il existe des solutions plus souples telles le « baluchon Alzheimer » au Québec³³¹ qui peuvent offrir des alternatives intéressantes.

Quelques pays offrent des droits à retraite supplémentaires aux aidants qui réduisent ou arrêtent temporairement leur activité professionnelle pour s'occuper d'une personne à domicile (Royaume-Uni et Allemagne). Plusieurs pays ont introduit un système d'allocations aux aidants leur permettant de compenser en partie la perte de revenu résultant d'un arrêt ou d'une réduction de leur activité professionnelle (Australie, Canada, Irlande, Royaume-Uni et Suède).

L'aidant familial doit être soutenu aussi par des conseils sous forme de réunions, de groupes de parole et de visites de spécialistes au domicile.

Toutefois, au-delà de ce type de soutien, la difficulté du problème et son ampleur pourraient inciter à innover davantage dans ce domaine. Il n'y aurait que des avantages à explorer des formules dans lesquelles l'aidant familial, confronté à des situations qu'il ne peut gérer seul, pourrait bénéficier d'une assistance pour organiser et coordonner avec lui les diverses interventions à domicile. D'une durée plus ou moins longue en fonction des difficultés éprouvées par l'aidant familial, cette assistance pourrait aussi, le cas échéant, apporter une sécurité en matière de continuité de la prise en charge.

331) Système dans lequel un intervenant vient s'installer au domicile de la personne, se substituant à l'aidant familial pour lui procurer un temps de répit.

Le milieu des retraités des professions médicales ou paramédicales, désirant tout à la fois conserver un minimum d'activité et assumer un rôle d'utilité sociale, est susceptible d'offrir des ressources à cet égard.

De telles initiatives ne peuvent toutefois prospérer qu'en s'appuyant sur :

- une adhésion du corps médical et des professions concernées qui y trouveraient des éléments de synergie et de complémentarité sans risque de concurrence ;
- un équilibre raisonnable entre bénévolat et rémunération d'un service rendu ;
- un aménagement des règles d'activité pour les retraités dans ce secteur ;
- des structures auxquelles adosser ce type de service (CLIC, CCAS, SSIAD, EHPAD) ;
- un examen des problèmes de responsabilité juridique qui pourraient naître de ces activités.

Au cœur des problématiques du soutien aux aidants et de la continuité des prises en charge, un tel mouvement pourrait permettre aussi un transfert de savoir des retraités aux jeunes générations.

3 – Assurer la continuité de la prise en charge lors des changements de lieu

La continuité suppose aussi une gestion attentive des transitions entre services et établissements quand les besoins de la personne changent. Ces ruptures sont des moments cruciaux pour des personnes fragiles, diminuées physiquement ou psychologiquement ; elles doivent être gérées avec vigilance, tant par les aidants familiaux que par les professionnels qui ont à les conseiller.

La CNAVTS et la CNAMTS ont mis en œuvre dans quelques régions un plan expérimental de préservation de l'autonomie des personnes âgées³³².

332) Circulaire n° 135/2003 du 17 octobre 2003 sur les orientations communes des branches maladie et retraite en direction des personnes âgées.

La CNAVTS finance ainsi une aide au retour à domicile après hospitalisation. Quel qu'en soit le motif, l'hospitalisation fait partie des situations de rupture qui peuvent être à l'origine d'une aggravation de l'état de santé ou de la perte d'autonomie. Le dispositif comprend une évaluation de la personne hospitalisée, de son aptitude à sortir, des aides nécessaires à son retour à domicile, ainsi qu'un accompagnement pour l'établissement d'un dossier d'aide.

De premières évaluations soulignent les apports et les limites de cette expérimentation que la CNAVTS envisage de reconduire dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion 2005-2008. Des chevauchements de cette aide avec d'autres dispositifs, notamment celui de l'APA dite d'urgence, sont apparus³³³. L'APA permet en effet de prendre en charge des personnes relevant momentanément du GIR 4 lors de leur sortie d'hôpital. Un rapport d'évaluation souligne « le manque de complémentarité entre les dispositifs d'aide au retour d'hospitalisation »³³⁴. Dans un nombre non négligeable de dossiers, les accords ne sont pas suivis d'une utilisation des prestations envisagées : les personnes âgées, par crainte de ne pas être remboursées ou par incompréhension de la répartition trop complexe des financements, n'ont pas recours à des services d'aide à domicile ou n'envoient pas la facture à la caisse. Une difficulté importante tient à la pénurie de places de SSIAD pouvant assurer le relais pour des soins.

Ces constats font ressortir la nécessité de mieux formaliser le partenariat entre les établissements hospitaliers, les CRAM et l'action sociale des départements pour déterminer les cas d'utilisation de chacune des prestations. On peut rappeler que l'aide au retour à domicile de la CNAVTS est limitée aux personnes classées en GIR 5 et 6 et ne concerne donc pas les dépendances les plus lourdes.

Enfin, il est important de relever les initiatives prises par le milieu hospitalier pour apporter soutien et conseils aux intervenants en ville ou en milieu médico-social. La Cour estime utile de les présenter brièvement en soulignant le caractère encore ponctuel de ces initiatives et l'intérêt d'une évaluation par les pouvoirs publics de projets qui reposent le plus souvent sur un fort investissement personnel de leurs promoteurs.

333) Voir supra, chapitre VI, I C.

334) Rapport réalisé en juin 2004 à la demande de la CNAVTS par le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC), à partir de monographies dans les quatre caisses-pivot.

Deux unités mobiles de gériatrie

1. L'unité mobile de gériatrie du CHU de Toulouse : une unité intégrée dans un réseau.

Plutôt orientée vers la filière sanitaire, cette unité créée au début de l'année 2001 au sein du pôle gériatrie du CHU apporte aux services hospitaliers son expertise en matière d'évaluation gériatrique pour une bonne orientation du patient. Elle remplit, à l'extérieur, au sein du réseau informel qui s'est constitué sous son impulsion, les fonctions d'un pôle d'évaluation gérontologique, qui favorise l'articulation entre les réseaux ville-hôpital. Elle répond également à un besoin accru de compétence des intervenants et de structuration de la filière. Cette unité mobile joue aussi un rôle important de formation tant en interne qu'en externe.

Elle apparaît toutefois peu présente dans les établissements médico-sociaux, ses moyens limités ne lui permettant d'ailleurs pas de répondre à l'ensemble de ses ambitions. L'absence de cotation spécifique de l'acte d'évaluation gériatrique, lorsqu'il est effectué dans une structure extérieure au CHU, est ressentie comme un autre frein au développement.

2. L'équipe mobile de liaison gériatrique de l'hôpital gérontologique et médico-social de Plaisir Grignon : un réseau inter-établissements d'évaluation gériatrique à domicile.

Cette structure, opérationnelle depuis mars 2004, est constituée d'un réseau de 5 établissements en lien avec 3 CLIC. Elle effectue des évaluations gériatriques à domicile, sur la base d'une grille élaborée en commun entre les médecins gériatres de ces établissements.

Le gériatre constitue ainsi, pour le médecin traitant, une personne ressource de proximité qui peut donner un conseil ou proposer des solutions d'orientation dans la filière gériatrique. L'action décentralisée de l'équipe mobile, en lien avec les CLIC et les équipes médico-sociales, répond à un besoin de coordination avec la médecine de ville dans l'organisation du maintien à domicile. Le coût de ce type d'activité, très consommatrice de temps (une à deux évaluations pour une vacation d'une demi-journée), en constitue le frein essentiel.

Ces expériences d'équipes mobiles mettent en évidence le besoin croissant de formation de gériatres, notamment en ville et la nécessité de développer une culture gérontologique commune entre les professionnels de santé de ville et hospitaliers.

B – Lutter contre l'isolement

Lors de la canicule de l'été 2003, un taux de surmortalité de 90 % a été constaté pour les personnes vivant à domicile et de 100 % pour les personnes vivant en établissement³³⁵. Le rapport de l'IGAS sur le sujet souligne par ailleurs que la surmortalité des personnes vivant à domicile est concentrée sur les personnes isolées ne bénéficiant pas de l'aide d'un service d'aide à domicile. L'UNASSAD, pour sa part, estime que la conjugaison d'une dépendance légère et d'une situation d'isolement social crée une vulnérabilité équivalente à celle d'une dépendance lourde et donc un besoin d'aide qui ne doit pas être négligé.

Les enseignements tirés de la crise de l'été 2003 portent tous sur l'importance du lien avec les familles et le voisinage, et la nécessité d'une gestion d'ensemble du phénomène de l'isolement.

Les familles sont apparues globalement mobilisées à domicile, plus particulièrement en zone rurale où des réseaux informels de sociabilité et de solidarité permettent de limiter les risques. S'agissant des institutions (hôpitaux ou maisons de retraite) a été signalée l'aide spontanément proposée par des familles ou des proches au personnel d'établissements sanitaires et sociaux, mais ont été aussi dénoncés l'abandon des personnes âgées et le désengagement des familles dans certaines structures d'hébergement.

Pour prévenir l'isolement des personnes vivant en zone urbaine et n'ayant pas ou peu recours aux services sociaux ou à des soins à domicile, il convient d'encourager ce qui peut conduire, en l'absence de liens familiaux, à renforcer les solidarités de voisinage. C'est sans doute dans ce domaine que les communes et leurs CCAS gagneraient à réorienter une partie de leur action : la détection des cas d'isolement de personnes chez elles, la veille régulière sur les populations les plus fragiles de leur ressort, les services permettant de briser le confinement, paraissent notamment entrer dans leurs missions sociales. Outre les portages de repas, de nouvelles formules seraient à développer, comme les aides aux déplacements et au transport accompagné.

335) Chiffres émanant de l'INSERM publiés dans le BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire) n° 45-46/2003 du 25 novembre 2003.

C – Progresser dans la qualité des séjours de fin de vie en institution

Compte tenu de l'augmentation de l'âge moyen d'entrée en institution, le progrès est à attendre d'abord de la modernisation des établissements, de la démarche qualité et de la redéfinition du rôle des USLD.

Au-delà de ces objectifs néanmoins, les pouvoirs publics peuvent contribuer à atténuer la souffrance et les difficultés de la dernière période de fin de vie en permettant qu'elle se déroule au sein de l'institution d'accueil. A cet effet, il paraît très souhaitable d'encourager l'intervention, chaque fois que nécessaire, d'équipes mobiles de soins palliatifs dans les maisons de retraite pour éviter un transfert à l'hôpital en service d'urgence³³⁶.

III - Maintenir le lien social

A – Développer l'information et la communication

Le transfert de la responsabilité et du financement des CLIC au département place désormais le dispositif d'information du public sous sa seule responsabilité. Il lui appartient d'organiser et de rationaliser le découpage de son territoire en liaison avec les acteurs locaux (communes, CCAS, professionnels). C'est dans la capacité à mettre en œuvre un guichet unique de proximité, facilement accessible aux familles, aux personnes dépendantes ou non et qu'elles aient droit ou non à l'APA, que doit se déployer l'action de la collectivité départementale.

A cette fin, il semble raisonnable de recommander que les équipes médico-sociales du département, seules habilitées à établir les plans d'aide ouvrant droit à l'APA, deviennent progressivement la cheville ouvrière du système d'évaluation en intégrant à leur niveau tous les dispositifs d'aide publique, dont le caractère trop dispersé a été souligné.

336) Dans le cadre désormais défini par la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

Non seulement la mise en œuvre de l'APA introduit un mécanisme d'allocation applicable selon les mêmes règles sur l'ensemble du territoire national, mais elle impose aussi une analyse personnalisée de la situation et de l'environnement du demandeur par un travail d'équipe. C'est en renforçant la synergie entre son dispositif médico-social, les coordinations gérontologiques existantes et les acteurs de terrain que sont les praticiens généralistes, les SSIAD, les associations d'aide à domicile et les CCAS que le département peut jouer le rôle moteur qui lui incombe désormais dans la mise en œuvre de l'aide socialisée aux personnes âgées dépendantes.

B – Intégrer le phénomène du vieillissement et les solidarités intergénérationnelles dans l'urbanisme et l'aménagement de la ville

Le Rapport Laroque, en 1962, plaçait au premier rang l'impératif d'intégration des personnes âgées dans la vie de la cité ; aussi consacrait-il des développements importants aux questions d'habitat et de logement. Vingt ans plus tard, la "circulaire Franceschi" réaffirmait la priorité de l'intégration dans la vie quotidienne ; elle en déduisait que les établissements d'hébergement devaient, de façon privilégiée, être implantés en centre d'agglomération et que les opérations immobilières publiques devaient moins chercher le « spectaculaire » que l'« attention aux détails » qui font toute la différence pour les personnes âgées. Ces orientations paraissent d'autant plus judicieuses que l'intégration sociale est aujourd'hui reconnue comme un facteur de prévention de la dépendance et de son aggravation.

Le thème du lien intergénérationnel inspire de nombreuses initiatives des communes. Le rapport Guinchart-Kunstler de 1999 en avait souligné la nécessité. Mais les pratiques spontanées et quotidiennes d'échanges entre générations supposent la proximité de voisinage, à l'opposé de ce qu'induisent les tendances contemporaines de l'urbanisation et des modes de vie.

Le volontarisme des aménageurs reste donc une nécessité, tant pour les choix urbanistiques et architecturaux que pour l'attribution des logements dans les programmes publics et notamment sociaux. L'idéal serait de prévoir non seulement la présence de personnes âgées dans les ensembles nouveaux ou rénovés, mais également les installations et les services nécessaires aux personnes dépendantes, même si une telle orientation ne peut avoir des résultats sensibles qu'à long terme.

Une opération intégrée

L'OPAC de Dijon, en partenariat avec la ville de Saint Apollinaire et une association d'aide à domicile, a réservé les logements d'un programme HLM aux jeunes couples avec enfants et aux personnes âgées, et y a ajouté des domiciles protégés pour personnes psychiquement dépendantes et des domiciles collectifs pour personnes physiquement dépendantes. Il est proposé aux locataires de souscrire une charte les engageant à faire vivre les relations intergénérationnelles.

C – Remédier à la faiblesse des institutions représentatives des personnes âgées

S'agissant des mécanismes de consultation et de concertation avec les personnes âgées, le dispositif est constitué depuis 1982 d'un comité national et de comités départementaux des retraités et des personnes âgées (CNRPA et CODERPA). Ces structures, dont le fonctionnement repose pour l'essentiel sur des financements et des moyens mis à leur disposition par l'administration et certaines collectivités départementales, ont un niveau d'activité inégal.

L'enquête de la Cour ne visait pas à analyser la nature et la qualité des contributions fournies par ces diverses instances, même si des travaux ou propositions intéressants ont été parfois rencontrés. La juridiction a simplement relevé que le CNRPA n'a eu qu'une activité réduite en 2002 et 2003 et que seulement 39 CODERPA ont envoyé un rapport d'activité pour 2002/2003. La réponse aux questions relatives à l'utilité et l'avenir des CODERPA sera en fait apportée par les départements : la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales en fait un organisme consultatif placé auprès du président du conseil général.

La faiblesse du dispositif actuel de représentation des personnes âgées, mis en place il y a plusieurs décennies, a été soulignée. Là encore le transfert aux départements de la responsabilité de financer et de faire vivre les CODERPA est un test pour l'avenir de ces instances.

A la différence, par exemple, de l'Allemagne et de la Grande-Bretagne, la France ne dispose pas de grandes associations nationales issues de la société civile qui interviennent dans la défense des intérêts des personnes âgées et sont des partenaires stimulants pour les pouvoirs publics, ainsi que de précieux appuis dans le maintien du lien social et la lutte contre l'isolement.

En Allemagne, le débat sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes par la collectivité a ainsi été suscité par la forte activité d'une fondation : le Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA, Conseil allemand de l'aide au 3^{ème} âge).

Conseil allemand de l'aide au troisième âge

Créé en 1962, cet organisme a souligné à plusieurs reprises les iniquités qui marquaient la prise en charge des personnes âgées avant la création de l'assurance dépendance.

En 1974, il publie un rapport fondateur sur "le traitement à l'hôpital de maladies liées à l'âge et la prise en charge des coûts par les caisses d'assurance maladie".

Ce rapport a eu une grande importance dans le débat allemand, car il mettait en évidence une situation qui était à la fois coûteuse et injuste :

- coûteuse, car elle conduisait les personnes âgées dépendantes à privilégier l'hospitalisation, ce qui entraînait l'encombrement des services de gériatrie ;

- injuste, car elle faisait dépendre les différences de traitement de facteurs n'ayant rien à voir avec l'équité, comme le niveau d'information des bénéficiaires ou la proximité des services de soins.

Au Royaume-Uni, deux grands réseaux d'organisations caritatives coexistent.

Age Concern

La fédération Age Concern regroupe plus de 400 organisations caritatives locales. Celles-ci fournissent aux personnes âgées, à leurs familles et aux aidants des services assurés essentiellement par du bénévolat qui vont de l'information et du conseil jusqu'aux actions de soutien et de formation.

Liée à la naissance du « Welfare State » dans les années 50, l'organisation est devenue totalement indépendante de l'Etat en 1971 sous son nom actuel. Sa mission est de « promouvoir le bien-être des personnes âgées et contribuer à faire de la dernière partie de la vie une période pleine et heureuse ».

Elle emploie un peu moins d'un millier de personnes dans ses différentes activités. Plus de la moitié de ses ressources proviennent d'activités commerciales entrant dans le champ des services aux personnes âgées ; un peu moins du tiers résulte de dons directs ; les subventions publiques en représentent moins de 5 %. Pour l'exercice 2003/2004, l'organisation a disposé d'environ 27 millions de livres (approximativement 40 M€) de ressources disponibles pour son activité caritative.

Ses appels à la générosité publique, la taille de son réseau associatif, ses études et rapports sur la politique en faveur des personnes âgées, en font un acteur incontournable dans le débat public en Grande-Bretagne.

Help the Aged

Cette association emploie 1 886 permanents ; 4 700 bénévoles tiennent ses boutiques et 130 000 bénévoles font des visites à domicile. Ses ressources en 2001/2002 s'élevaient à 75 millions de livres, soit environ 110 M€

Ses principales missions sont de lutter contre la pauvreté des personnes âgées, réduire l'isolement, parler au nom des personnes âgées, promouvoir l'amélioration des soins et de la qualité des prises en charge.

IV - Lutter contre la maltraitance

A – Une prise de conscience tardive en France

La prise de conscience du problème de la maltraitance a d'abord concerné les violences exercées à l'encontre des enfants, des femmes et, plus récemment, des personnes handicapées. A compter des années 1980, différents pays, notamment en Europe du Nord, ont consacré travaux et colloques à la maltraitance des personnes âgées. En novembre 1987, au Conseil de l'Europe, une commission a réfléchi sur les violences au sein de la famille »³³⁷ (enfants, femmes et personnes âgées). Le professeur Hugonot avait été chargé de la présidence du groupe « personnes âgées ». Dès 1990, avec le concours de la Fondation de France, il mit en place une première structure expérimentale à Grenoble, qui fut remplacée par l'Association ALMA.

L'association *Allo maltraitance personnes âgées* (ALMA France) a été créée en mai 1994. Elle est devenue, au fil des ans, une fédération nationale qui comptait 49 centres actifs en janvier 2005³³⁸ et a contribué à lever le voile sur la maltraitance des personnes âgées. Mais il a fallu attendre juillet 2001 pour que le gouvernement demande un état des lieux et des propositions³³⁹. Les principales préconisations étaient alors d'améliorer la connaissance des maltraitances envers les personnes âgées, d'organiser une réponse de proximité, de renforcer la formation au repérage et à la prévention de la maltraitance pour tous les professionnels en contact avec les personnes âgées. En 2003, une mission « Violence et Santé » a fait des propositions allant dans le même sens³⁴⁰.

337) Pr HUGONOT, « *Aspects médico-légaux de la vieillesse* », 1987.

338) 60 centres sont annoncés pour la fin de l'année 2005.

339) « Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées », Rapport du groupe de travail présidé par le Pr Michel DEBOUT, Editions ENSP, 2003.

340) Mission « Clery-Melin », « Agir aux racines de la violence. Contribution à l'exercice de préparation de la loi d'orientation en santé publique », mars 2003.

B – Un phénomène difficile à quantifier

La notion de maltraitance recouvre les diverses formes de violences. La notion de violence a été définie par le Conseil de l'Europe en 1987 : « La violence se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière.³⁴¹ » Les violences n'ont pas toujours un caractère intentionnel. Dans le cas des personnes âgées, les maltraitances peuvent venir de l'entourage familial ou des intervenants sanitaires ou médico-sociaux ; elles sont parfois favorisées par l'insuffisance des moyens disponibles pour la prise en charge. En établissement, les négligences graves constituent la principale forme de maltraitance envers les personnes âgées³⁴².

La mise en évidence d'une maltraitance est souvent malaisée en raison du secret qui l'entoure, lié à la situation de dépendance de la personne âgée, à ses difficultés ou à son incapacité à s'exprimer, ou encore à la crainte qu'elle éprouve de mettre en cause son entourage. Dès lors, le risque est important de sous-estimer le phénomène, mais une définition trop imprécise de la notion de maltraitance peut conduire à le surestimer.

En France, l'expérience du réseau d'écoute et de prévention ALMA constitue la source principale des données. La progression du nombre des appels « maltraitance » enregistrés - 3 941 en 2001 et 4 788 en 2002³⁴³ - est liée au développement du réseau. Ces données, très utiles, constituent néanmoins par nature une approche incomplète, voire biaisée, puisqu'il s'agit des seules maltraitances déclarées.

341) En 1992, le Conseil a proposé une classification en sept catégories : violences physiques, violences psychiques ou morales, violences matérielles et financières, violences médicales ou médicamenteuses, négligences actives, négligences passives, privation ou violation de droits.

342) En 2003, 28 % des maltraitances étaient recensées en établissement, selon l'association ALMA.

343) ALMA a reçu au total 5 796 appels en 2001 et 7 366 en 2002, mais tous ne concernaient pas des situations de maltraitance.

La DREES a conduit à partir de la fin 2002 une étude qualitative qui renseigne sur la perception de la maltraitance par les personnes âgées et qui fait ressortir leur difficulté à porter plainte ou à être entendues en cas de maltraitance³⁴⁴.

L'enquête de la DREES

Elle repose sur l'analyse de plaintes adressées en 2002 et 2003 à la DGAS et sur des entretiens auprès de personnes âgées qui n'ont pas exprimé de plainte.

Les actes donnant lieu à une plainte sont sensiblement les mêmes, que les personnes vivent à domicile ou dans un établissement : violences physiques ou verbales, vols ou escroqueries, malnutrition, négligence dans les soins, inattention à la souffrance psychique ou physique ressentie par la personne, manque d'hygiène des locaux et des corps, manque d'aide ou refus de soins, sentiment d'avoir été placé de force en établissement. L'étude propose une typologie en trois catégories : les atteintes à l'intégrité de la personne, à sa dignité et à l'autonomie citoyenne.

Les personnes âgées ne sont pas enclines à dénoncer les maltraitances, même si elles s'en plaignent à leurs proches. Certaines, peu ou moyennement dépendantes, réagissent et parviennent à faire cesser d'elles-mêmes les comportements maltraitants. D'autres adoptent une attitude de dénéiation ou de légitimation de la maltraitance.

C'est souvent un membre de la famille ou un tiers qui porte plainte. Lorsque la personne est en mesure d'exprimer la plainte, encore faut-il que l'autorité administrative qui la reçoit reconnaisse le plaignant comme digne de foi : l'intervention d'un tiers est souvent nécessaire pour que la plainte soit prise en considération par les autorités administratives.

L'enquête « Evénements de vie et santé », qui sera conduite avec l'INSEE à la fin de 2005 auprès de personnes de 18 à 75 ans, abordera notamment la question des violences et des maltraitances. On peut s'interroger sur les raisons qui ont conduit à limiter aux personnes âgées de moins de 75 ans le champ de l'enquête. Il reste qu'aucune enquête nationale n'a été réalisée spécifiquement sur la maltraitance des personnes âgées.

344) « Une maltraitance ordinaire. Les perceptions de la maltraitance des personnes âgées en institution et au domicile ». DREES, rapport d'étude, mars 2004. « Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : une enquête qualitative ». DREES, Études et résultats n° 370, janvier 2005.

C – Les actions entreprises

La lutte contre la maltraitance a d'abord concerné les personnes vulnérables en général. Ainsi, des circulaires de la DGAS ont renforcé l'obligation de signalement des violences à l'égard des mineurs, puis des adultes vulnérables³⁴⁵. Ce n'est que plus récemment que des mesures spécifiques aux personnes âgées ont été prises.

1 – Définition des objectifs et organisation du pilotage

En juillet 2000, un bureau de la protection des personnes a été créé à la DGAS, avec pour mission de définir et mettre en œuvre une politique en direction des adultes vulnérables, en relation avec les services déconcentrés et les organismes concernés. Faisant suite au rapport précité du Pr Debout, plusieurs initiatives ont été prises pour mieux définir les objectifs et consolider le pilotage national et local.

Un Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées³⁴⁶, créé en novembre 2002, a pour mission de contribuer à la définition, à la mise en œuvre et au suivi de la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées. Il participe à la validation d'outils et de moyens pour lutter contre la maltraitance.

Les objectifs du gouvernement ont été précisés en janvier 2003 dans un programme qui n'a toutefois été assorti d'aucun financement.

345) Circulaires DAS n° 98-275 du 5 mai 1998 et DGAS n° 2001-306 du 3 juillet 2001. Art. 434-3 du nouveau code pénal (loi du 17 juin 1998).

346) Créé par arrêté du 16 novembre 2002, le Comité rassemble les représentants de 19 organisations œuvrant pour les personnes âgées ou dans le secteur sanitaire et social, des responsables administratifs et des experts.

Les objectifs du programme

- Mieux connaître la maltraitance des personnes âgées pour mieux la prévenir.
- Sensibiliser la population à ce phénomène et faire de la prévention et de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées une cause nationale.
- Améliorer le système de protection juridique des personnes âgées.
- Mettre en place un dispositif de gestion du risque.
- Renforcer les exigences de qualité pour l'ensemble des prestations et structures.
- Améliorer les procédures de traitement des signalements.
- Renforcer le dispositif de contrôle des établissements.
- Organiser le suivi de la mise en œuvre de cette politique et son évaluation.

Au niveau local, une circulaire du 3 mai 2002 relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables préconise la mise en place d'un comité départemental de prévention et de lutte contre les maltraitances, celle d'une cellule interinstitutionnelle opérationnelle de traitement et de suivi des signalements de maltraitance, et la création d'antennes départementales de recueil téléphonique des signalements. Ce dispositif, finalement jugé trop lourd par la DGAS, n'a été que partiellement mis en œuvre.

Plus généralement, les politiques de lutte contre la maltraitance font encore peu l'objet d'une déclinaison concrète dans les outils de l'action gérontologique locale. Ainsi, la lutte contre la maltraitance n'est pas inscrite dans les programmes régionaux de santé - à l'exception notable du PRS Personnes âgées d'Ile-de-France qui l'a inscrite dans ses priorités dès 2001 -, et rarement dans les schémas gérontologiques départementaux, même si certains départements font figure de précurseurs.

En 2002, l'association ALMA-France a bénéficié de 20 % (144 826 €) des dépenses d'intervention du ministère chargé de l'action sociale engagées à l'échelon national en faveur des personnes âgées, et ALMA-Paris de 16 % (33 049 €) des crédits déconcentrés à Paris.

Il convient de souligner la modicité de ces montants.

2 – Renforcement des droits des personnes âgées dépendantes

En 1999, le ministère chargé de l'action sociale, en collaboration avec la Fondation nationale de gérontologie, a actualisé la Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante.

La loi du 2 janvier 2002 a renforcé le droit des usagers : elle instaure pour tout établissement et service social ou médico-social l'obligation d'élaborer un livret d'accueil et un contrat de séjour ou de prise en charge, la délivrance de la charte des droits et libertés de la personne accueillie et le recours possible à un conciliateur en cas de conflit avec l'établissement³⁴⁷. Il n'existe pas de bilan de la mise en œuvre de ces dispositions.

Enfin, le code pénal dote les personnes âgées d'une protection qui prévoit des incriminations spécifiques (notamment délaissement³⁴⁸, violences habituelles³⁴⁹) et aggrave les sanctions encourues lorsque la victime n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge³⁵⁰.

Afin d'améliorer la coordination entre l'autorité judiciaire et les DDASS notamment, la loi du 9 mars 2004, portant adaptation aux évolutions de la criminalité, a fait obligation au ministère public d'informer celles-ci des suites données aux plaintes et signalements qu'elles ont transmis à la justice.

347) Art. L. 311-4 et L. 311-5 du CASF.

348) Articles L. 223-3 et L. 223-4 du code pénal.

349) Article L. 222-14 du code pénal.

350) Cette protection ne concerne pas exclusivement les personnes âgées : elle s'étend aussi aux « *personnes particulièrement vulnérables* », aux personnes handicapées, aux femmes enceintes et aux personnes en situation de précarité ou de détresse sociale.

3 – La prévention de la maltraitance

Une circulaire de juin 2000³⁵¹ demande aux préfets de région (DRASS) de veiller à ce que les formations des travailleurs sociaux prennent en compte la maltraitance envers les enfants et les adultes vulnérables, dans le cadre des schémas régionaux de formation. La loi du 13 août 2004 a inscrit cette exigence dans le code de l'action sociale³⁵².

Les formations dispensées aux futurs directeurs des établissements sociaux et médico-sociaux par l'Ecole nationale de la santé publique accordent une part notable aux enseignements sur les maltraitances, de même que les formations continues proposées aux cadres du domaine médico-social. Cette thématique est moins présente en revanche dans les formations initiales des directeurs d'hôpital, qui n'abordent la maltraitance que très indirectement³⁵³.

La formation continue des personnels des secteurs sanitaire et médico-social et celle des personnes travaillant au domicile des personnes âgées demeurent largement tributaires des initiatives locales qu'ont commencé à prendre des associations, comme en Ile-et-Vilaine ou dans l'Essonne, notamment les associations ALMA. ALMA France a mis au point en interne, sur ce thème, une formation pour les formateurs ALMA. En 2004, environ 12 000 professionnels ont été sensibilisés à la maltraitance par les formateurs ALMA.

4 – L'écoute téléphonique et la gestion des signalements

L'écoute et la gestion des signalements de maltraitance par téléphone constituent le cœur du dispositif de lutte contre les maltraitances. Elles reposent principalement sur des initiatives associatives, soutenues par les pouvoirs publics : le réseau ALMA, la plate-forme régionale d'Ile-de-France ou des initiatives plus locales. En complément ou en l'absence de telles initiatives, des cellules des DDASS et les services des départements prennent en charge le dispositif.

351) Circulaire DAS/TS 1 n° 2000-355 du 8 juin 2000.

352) « Les formations sociales contribuent à la qualification et à la promotion des professionnels et des personnels salariés et non salariés engagés dans la lutte contre les exclusions et contre la maltraitance, dans la prévention et la compensation de la perte d'autonomie, des handicaps ou des inadaptations et dans la promotion de la cohésion sociale et du développement social. » (Art. L. 451-1 du CASF)

353) Unités d'enseignement sur le projet d'établissement, les droits des personnes et la mise en œuvre de la démarche qualité.

Les trois principaux dispositifs (ALMA, plate-forme Ile-de-France, expérimentation des services de l'Etat) ont opté pour des modes d'organisation qui diffèrent par le niveau – régional ou départemental – auquel sont recueillis les appels, par l'amplitude horaire de l'ouverture au public et par la formation des intervenants du premier niveau d'écoute téléphonique.

La plate-forme régionale d'écoute d'Ile-de-France, « Aînés violence écoute », repose sur l'Association francilienne pour la bienveillance des aînés et/ou handicapés (AFBAH). Mise en place en janvier 2004, elle a fait le choix d'une écoute au niveau régional, assurée par des professionnels et fonctionnant cinq jours par semaine. Les signalements sont transmis pour prise en charge et suivi au niveau départemental soit à une association (ALMA-Paris à Paris), soit aux services du département, selon les ressources locales.

Ce choix (professionnalisme de l'écoute sur une large amplitude horaire) a un coût : le budget prévisionnel de fonctionnement pour la première année était de 468 683 € dont 274 470 € de salaires ; les cofinancements, obtenus notamment de la CNAVTS, du Conseil régional, de la CRAMIF et de la DRASSIF, ont été finalement de 311 409 €. Pour comparaison, le coût global du réseau ALMA – dont l'écoute repose sur des bénévoles et dont l'amplitude horaire est plus faible – était estimé à 310 000 € en 2003 pour 39 antennes.

Le réseau ALMA

L'association ALMA-France fédère un réseau d'une cinquantaine d'associations départementales. Aux termes de la convention du 18 novembre 2002 avec le ministère des affaires sociales, ALMA doit assurer : « les activités générales d'écoute téléphonique des signalements de la maltraitance des personnes âgées ainsi que leur développement sur le territoire ; le suivi des demandes ainsi que leur évaluation ; le soutien psychologique aux plaignants ; la formation des écoutants bénévoles et des référents ainsi que des professionnels de terrain ; la réalisation d'études et de publications (...) ; l'élaboration de statistiques nationales (...) ; la formation des formateurs ».

Chaque antenne est organisée selon trois niveaux : 1°) les *écoutants*, bénévoles le plus souvent, qui recueillent les signalements et les transcrivent ; 2°) les *référents*, en général des professionnels bénévoles compétents dans les domaines social, médical, judiciaire ou administratif, qui décident des suites à donner ; 3°) les *consultants*, des professionnels (professions sanitaires, sociales et juridiques) auxquels les référents peuvent avoir recours pour étudier certains dossiers et s'assurer du bien-fondé de leur démarche. Un comité technique de pilotage réunit des autorités du département (DDASS, conseil général, police, gendarmerie, procureur et tous les acteurs médico-sociaux et gérontologiques).

Pionnière de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées, ALMA-France est devenue un relais important de l'action de l'État, notamment s'agissant des maltraitances à domicile. Néanmoins, le contrôle de la Cour sur l'association a fait ressortir que celle-ci peine aujourd'hui à trouver l'organisation adaptée à l'accroissement rapide du réseau au cours des dernières années. Certaines antennes ont des difficultés à instituer des partenariats avec d'autres acteurs, publics (conseils généraux, DDASS) ou privés, ce qui peut nuire à la gestion des maltraitances signalées à l'association. La faible amplitude horaire de l'accueil téléphonique (deux demi-journées par semaine pour chaque antenne) et le bénévolat des écoutants ne garantissent pas une prise en charge continue et de qualité constante : l'implantation en mars 2005 d'un système nationalisé (numéro national Audiotel d'ALMA France) transfère directement les appelants ou plaignants vers un centre ALMA pendant 4 heures du lundi au vendredi. Le reste du temps, un répondeur assure le relais. Cela ne réglera, peut-être, que partiellement le premier point. Une évaluation sera faite fin 2005.

En mars 2004, le secrétaire d'Etat aux personnes âgées a mis en place une expérimentation dans cinq départements : Eure, Eure-et-Loir, Indre-et-Loire, Loiret et Seine-Maritime. Cette expérimentation représente une solution intermédiaire. Elle comporte trois niveaux :

- un niveau régional fonctionne cinq jours et demi par semaine mais il n'assure qu'une orientation fournissant à l'appelant les coordonnées de l'antenne départementale la plus proche de son domicile ;
- l'antenne départementale³⁵⁴ assure écoute, conseil et accompagnement ;
- une cellule départementale DDASS – Département traite les signalements.

Cette organisation n'est pas exempte de défauts : l'appel est payant ; la déperdition d'appels est forte entre les deux premiers niveaux ; la responsabilité du traitement des signalements (association ou cellule DDASS-Département) a posé problème dans l'un des départements visités. La DGAS a indiqué qu'une évaluation du dispositif était en cours et permettait de statuer sur sa généralisation éventuelle.

Au total, la prise en charge téléphonique des signalements de maltraitance envers les personnes âgées et leur suivi s'améliorent, mais l'organisation est éclatée, et parfois mal adaptée ; certaines initiatives se font même concurrence. Le paysage institutionnel demeure donc insuffisamment lisible pour les utilisateurs, notamment en Ile-de-France.

354) Association dans 4 départements, service du département dans le cinquième.

5 – Le contrôle des institutions et des services

Depuis 2001, le contrôle des établissements et des services fait une place plus grande à la prévention et à la détection ; la répression des maltraitances progresse.

Ainsi, la protection juridique et professionnelle d'un salarié ayant témoigné de mauvais traitements ou de privations infligés à une personne accueillie dans un établissement de soins ou de retraite a été améliorée par la loi relative à la lutte contre les discriminations³⁵⁵.

La loi du 2 janvier 2002 prévoit l'assermentation des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, qui ont dorénavant la possibilité de constater des infractions et d'effectuer des saisies conservatoires³⁵⁶. Elle crée de nouveaux outils de contrôle et de sanction : élargissement des motifs de fermeture aux associations dont le fonctionnement ne respecte pas les statuts, transfert d'une autorisation et de l'ensemble des financements octroyés à une autre personne morale en cas de fermeture définitive³⁵⁷. Néanmoins, le décret fixant les conditions de l'assermentation des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales n'a toujours pas été publié.

Enfin, une circulaire du 30 avril 2002 demande aux DDASS de renforcer leurs contrôles afin de prévenir et sanctionner les maltraitances dans les établissements. Il en découle un programme d'inspection qui concerne 2 000 structures sur 5 ans, en plus des inspections effectuées à la suite de plaintes, de signalements ou d'incidents. La circulaire organise aussi la remontée des signalements et leur centralisation nationale.

Maltraitances en établissement signalées à la DGAS

	Départements	Signalements	<i>dont maisons de retraite</i>	
2001	51	151	6	(4 %)
2002	66	219	28	(13 %)
2003	75	260	112	(43 %)

Source : DGAS

355) Article 8 de la loi du 16 novembre 2001.

356) Article L. 313-13 du CASF.

357) Articles L. 313-14 à L. 313-20 du CASF.

A titre de comparaison, en 2002, près de 4 800 signalements concernant des personnes âgées ont été enregistrés par le réseau ALMA. Certes, les chiffres de cette association intègrent les maltraitances au domicile mais l'écart entre les deux séries de chiffres montre que les deux dispositifs ne remplissent pas les mêmes fonctions et que le recueil par la DGAS est vraisemblablement très partiel. La DGAS prévoit d'engager avec ALMA-France une réflexion sur la mise en cohérence des chiffres relatifs aux signalements en établissements.

Les services déconcentrés ont fréquemment formalisé l'organisation interne du recueil des signalements et de leur suivi : en Ile-de-France, cinq DDASS sur huit assurent cette gestion en concertation avec les services du département. Mais trop rares sont les départements dans lesquels il existe une concertation avec les services de la justice, de la police ou de la gendarmerie.

Un guide de signalement

Dans le Val-de-Marne, un groupe de travail, réunissant des services du département, de l'État, de la CRAM, de la psychiatrie adulte, et une association tutélaire en lien avec les services du Procureur de la République, a élaboré un « Guide de signalement au Parquet des personnes vulnérables ».

Diffusé sous le timbre du conseil général, de la préfecture et du fonds de modernisation de l'aide à domicile, ce guide est « proposé aux professionnels du Val-de-Marne amenés à promouvoir quotidiennement un accompagnement social, psychologique, médical, et qui ont aussi la responsabilité de signaler toute situation de violence, c'est-à-dire de violation et d'irrespect d'un droit ».

Au total, la prise en compte de la maltraitance des personnes âgées par les dispositifs publics est très récente : les instructions ministérielles ont amorcé la définition d'une politique depuis 2002. Ces mesures concernent surtout la lutte contre la maltraitance dans les établissements. A l'exception des mesures concernant les antennes ALMA, les divers programmes ministériels s'exécutent à moyens constants et sont au mieux dans une phase de mise en place après expérimentation.

RECOMMANDATIONS

1- En ce qui concerne les parcours :

- Clarifier les rôles respectifs des CLIC, des équipes médico-sociales des départements chargées d'élaborer les plans d'APA et des réseaux de santé ;

- développer les interventions d'équipes mobiles de soins palliatifs dans les maisons de retraite afin d'éviter le recours aux services d'urgence hospitalier ;

- mieux évaluer les expériences lancées dans le domaine des unités mobiles gériatriques pour définir une politique et un plan d'action.

2- En ce qui concerne les interventions au domicile :

- promouvoir un système de correspondant ou interlocuteur unique de la personne pour la coordination des interventions au domicile ;

- introduire systématiquement, dans l'élaboration des plans d'aide, une évaluation des besoins des aidants familiaux et en faire un volet obligatoire du plan d'aide-APA pour les dépendances les plus lourdes ;

- étudier la faisabilité technique et financière de dispositifs de compensation pouvant être mis en œuvre sous forme, par exemple, d'une prise en charge des cotisations d'assurance vieillesse ou d'un congé de soutien familial, pour les aidants familiaux interrompant ou réduisant leur activité professionnelle pour se consacrer davantage au soutien de personnes lourdement dépendantes ;

- concevoir un dispositif permettant de former gratuitement les aidants familiaux et les bénévoles à des soins non médicaux aux personnes âgées ;

- étudier et promouvoir un système d'assistance aux aidants familiaux fondé sur le recours à des retraités issus des professions médicales et médico-sociales.

3- En ce qui concerne la lutte contre l'isolement et la maltraitance :

- inciter les communes et leurs CCAS (particulièrement en milieu urbain) à développer les actions de renforcement des solidarités de voisinage et de maintien des liens sociaux ;

- définir le degré de professionnalisme nécessaire à chaque niveau d'intervention des dispositifs d'écoute téléphonique et de gestion des signalements de maltraitance, et encourager, par un accompagnement méthodologique, les échanges de pratiques entre les structures prenant en charge les situations de maltraitance au niveau départemental ;

- étudier la pertinence d'un numéro unique d'appel.

Conclusion générale

La prise de conscience de l'ampleur du problème de la dépendance des personnes âgées en France a progressé. La publication des résultats de l'enquête « handicaps – incapacités – dépendance » (HID) à partir de 2002 et la canicule de 2003 en ont, chacune à leur manière, constitué des étapes. Les études et projections de l'INSEE et de la DREES, qui indiquent une perspective moyenne de croissance de 25 % du nombre de personnes concernées entre 2000 et 2020 et de 52 % entre 2000 et 2040 (scénario moyen), montrent l'importance des enjeux.

L'effort collectif engagé pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes couvre différents aspects de leur vie, que ce soit à leur domicile ou en établissement. Toutefois, dans la perspective d'une croissance rapide de l'effectif des bénéficiaires et de l'exigence accrue de qualité et d'efficacité des prises en charge, les dispositifs examinés souffrent aujourd'hui de plusieurs faiblesses.

La politique de maintien à domicile a certes bénéficié depuis 2002 de la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), mais la réponse des services d'aide et des différents acteurs n'est pas à la mesure des besoins. Les métiers auprès des personnes âgées dépendantes sont encore peu développés et mal organisés ; ils restent peu attractifs et un effort d'information et de promotion auprès des jeunes s'avère indispensable. Le maintien à domicile suppose en tout état de cause une implication forte de l'entourage et surtout des familles.

La modernisation des services et l'amélioration de la qualification des intervenants se heurtent aux contraintes du coût des revalorisations salariales pour les financeurs publics et à la priorité souvent donnée à l'accroissement quantitatif de l'emploi par rapport à des réponses plus qualitatives. S'ils ont accompagné et stimulé les dispositifs de formation et de délivrance des diplômes, les pouvoirs publics n'ont pas encore réussi à rationaliser et simplifier le système d'autorisation et d'agrément des services. En outre, même si la possibilité de créer des services polyvalents de soins et d'aide à domicile constitue un progrès, cette formule reste peu développée.

La séparation des responsabilités de tarification et de gestion entre les deux types de prestation est un obstacle à leur développement. La prise en compte des besoins des personnes et la nécessité d'une utilisation rationnelle des ressources militent en faveur d'une intégration accrue des moyens sous l'autorité d'un financeur unique.

L'ambitieuse politique de modernisation des établissements d'hébergement engagée à compter de 1997 a vite trouvé ses limites dans la complexité de ses objectifs mais surtout celle des modalités techniques de sa mise en œuvre, dans l'insuffisance des financements, provenant notamment de l'assurance maladie et dans la faiblesse des moyens administratifs de l'État chargés de la promouvoir. Il est impératif d'éviter que, comme la politique d'« humanisation des hospices » qui a débuté en 1975 et qui s'achève à peine trente ans plus tard, cette réforme ne s'essouffle et ne réponde pas aux attentes. Le risque existe en outre que ses objectifs se révèlent inadaptés avant même d'être atteints. En effet, il n'est pas certain que le parc d'établissements qu'elle entend moderniser soit encore adapté aux profils de résidents qui entrent plus tard en institution, avec des handicaps souvent plus graves et pour des séjours plus courts. Les besoins de médicalisation des établissements excéderont vraisemblablement dans l'avenir ceux qui étaient envisagés lors du lancement de la réforme. Il en est de même pour la mise aux normes, la réhabilitation et l'aménagement des bâtiments.

D'une façon générale, l'offre de services, de prestations et de places en établissement est insuffisante, mal répartie sur le territoire national, et ne répond qu'imparfaitement au besoin de globalité et de continuité des prises en charge. Le recours au secteur privé non aidé est souvent onéreux. Le cloisonnement entre secteur médico-social et secteur sanitaire demeure trop étanche au regard de la réalité de la dépendance. Les efforts de création de réseaux et d'organismes de liaison et de coordination, qu'ils aient eu lieu dans le secteur sanitaire ou dans le champ médico-social, sont encore loin de répondre aux attentes initiales de leurs promoteurs.

La politique de développement de l'offre et de solvabilisation de la demande s'est construite sans ligne directrice, par ajouts et sédimentations successives. Il en résulte deux conséquences.

La première est un système de financement d'ensemble particulièrement hétérogène auquel la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ajoute un élément de complexité supplémentaire.

La seconde est un paysage institutionnel complexe dans lequel, en dépit de l'affirmation d'une décentralisation accrue, l'État, qui garde le contrôle des financements de l'assurance maladie pour les soins en institution et à domicile, maintient pour ce qui le concerne deux autorités de tutelle distinctes l'une sur le secteur sanitaire, l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), et l'autre sur le champ médico-social, le préfet.

L'organisation administrative et financière du système n'est ainsi pas en mesure de répondre aux aspirations premières des personnes qui sont la simplicité, la rapidité de la décision et la cohérence des aides.

En fait, il n'y a pas eu de choix explicite entre différentes logiques : une logique d'assurance sociale avec cotisation affectée regroupant sous un pilotage analogue à celui des ARH les moyens des services de l'État et des caisses, ou une logique fondée sur la proximité avec pleine compétence des collectivités décentralisées pour la détermination des politiques, des ressources et des modalités de gestion.

Il n'a pas davantage été présenté de scénario répartissant rationnellement les rôles des acteurs en fonction des vocations naturelles de chacun, confiant par exemple à l'État la définition de la politique ainsi que le contrôle de sa mise en œuvre et aux départements la gestion de proximité. Et, s'il est arrivé que des réflexions et des rapports abordent ces grands choix, aucun débat de fond n'a conduit à faire trancher la représentation nationale entre des options clairement définies. Les options possibles (« cinquième risque » de sécurité sociale ou aide sociale décentralisée) ont été évoquées dans différents rapports, à l'occasion notamment de l'examen du projet de loi sur l'APA, mais ce que certains appellent la « voie française » procède surtout d'une démarche d'évitement de la création d'un cinquième risque et de la nouvelle répartition des responsabilités qu'il entraînerait. En réalité, ce sont des réponses graduées et conjoncturelles à la montée des besoins qui ont façonné le système existant.

La démarche empirique suivie jusqu'à maintenant a cependant conduit à confier un rôle majeur aux départements dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Cette évolution peut être jugée positive, car il est admis que la meilleure approche de la prise en charge de la perte d'autonomie repose sur une réponse individualisée aux besoins et sur une gestion de proximité. Ce rapprochement des centres de responsabilité du niveau local est d'ailleurs perceptible dans de nombreux pays européens.

Toutefois, la responsabilité financière de la prise en charge des personnes âgées dépendantes n'a été qu'en partie transférée au niveau de la collectivité départementale. Les départements n'ont pas reçu une pleine responsabilité pour la gestion et la mise en œuvre de la politique d'aide aux personnes âgées dépendantes au niveau local. Un partenariat obligatoire avec l'État subsiste dans le contrôle des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le maintien d'une séparation au sein de l'ensemble de la population dépendante suivant les degrés de dépendance (séparation qui passe entre les niveaux de « groupes iso ressources », « GIR 4 » et « GIR 5 ») appelle une coordination avec l'action sociale menée par les caisses de retraite.

Les départements, de leur côté, ont souvent tardé à développer les outils, notamment de planification et de programmation, qui doivent leur permettre d'assumer les responsabilités que la loi leur assigne. Le nombre limité de schémas médico-sociaux opérationnels en 2005 est révélateur de leur attentisme dans ce domaine.

Sur le fondement des constats et du bilan qu'elle a dressés, la Cour estime que deux idées force doivent guider la politique en faveur des personnes âgées dépendantes pendant les prochaines années : la première porte sur l'équilibre financier global du système, la seconde sur les mesures de nature à améliorer l'efficacité d'ensemble du dispositif public de prise en charge et l'adaptation des interventions à l'état de dépendance et à l'environnement des personnes concernées.

La Cour a évalué à plus de 4 Md€ les aides publiques spécifiquement consacrées à la compensation de la perte d'autonomie et à 11 Md€ les autres dépenses publiques dont bénéficient les personnes âgées dépendantes, soit un total de l'ordre de 15 Md€ en 2003 qui représente environ 1 % du PIB de la France. Avec toutes les limites méthodologiques qui s'attachent aux comparaisons internationales et qui concernent notamment les périmètres pris en compte, ces chiffres paraissent placer la France dans une position moyenne parmi les pays de l'OCDE.

Bien qu'il s'inscrive dans un ensemble de charges pesant sur la collectivité qui risque de s'accroître, un doublement dans les deux prochaines décennies des dépenses publiques consacrées à la politique de prise en charge des personnes âgées dépendantes ne paraît pas insurmontable à l'économie française.

En revanche ce problème ne peut être résolu avec les modes d'organisation, les dispositifs de financement et les structures administratives qui existent actuellement.

1) L'organisation des prises en charge doit permettre l'adaptation des interventions aux caractéristiques des situations rencontrées.

Pour les personnes les moins dépendantes qui représentent le plus grand nombre et doivent être prises en charge pour des durées longues, il faut envisager une organisation des soins à domicile assurant la cohérence avec l'action des infirmiers libéraux, offrant la possibilité de travail en ville pour les aides-soignants (hors SSIAD) et accompagnée de formations ouvertes aux aidants familiaux.

Pour les personnes plus dépendantes mais qui peuvent être maintenues à domicile, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) constituent la meilleure réponse ; une réflexion sur le nombre de places nécessaires pour faire face aux besoins est donc urgente. Il faut parallèlement favoriser les services intégrant SSIAD et aide à domicile en réformant les modalités de tarification des SSIAD et en plaçant l'ensemble des structures sous une autorité tarifaire unique.

Pour les personnes fortement dépendantes ou sans appui familial, les EHPAD, avec une médicalisation plus poussée que ce qui est prévu aujourd'hui et l'appui d'équipes mobiles de soins gériatriques, paraissent indispensables.

Enfin, pour les personnes totalement dépendantes, il convient de redéfinir le rôle des unités de soins de longue durée (USLD) comme le prévoyait la loi du 24 janvier 1997 pour tenir compte de l'évolution du profil et des besoins des personnes âgées accueillies dans ces établissements.

2) En ce qui concerne les aides financières de la collectivité aux personnes âgées dépendantes, le système doit être réexaminé pour être simplifié mais aussi pour être mieux orienté vers celles dont la dépendance est la plus forte et les revenus les plus faibles. Le réexamen est d'autant plus nécessaire que, faute d'une indexation adaptée, le nombre d'heures couvertes par l'APA diminuera.

De ce point de vue, compte tenu des constatations faites par la Cour sur l'évolution des aides perçues en fonction du revenu, et notamment de certaines dépenses fiscales qui ne bénéficient qu'aux personnes dont les revenus sont supérieurs à un certain seuil³⁵⁸, une réflexion mériterait d'être engagée sur l'articulation du dispositif APA avec les allègements fiscaux.

La définition de la frontière entre ce qui relève de l'assurance maladie et ce qui relève des autres financeurs devra par ailleurs prendre en considération l'effet plus ou moins redistributif de ces différents systèmes d'aide. La mobilisation de ressources supplémentaires peut aussi provenir du développement de l'assurance dépendance pour les catégories de population dont les revenus sont les plus élevés. Par ailleurs, un programme de mobilisation des capacités de financement du secteur public pour des créations de places supplémentaires dans les établissements d'hébergement, au-delà de ce que l'investissement privé apportera, doit être rapidement mis en place.

3) Un programme d'une telle ampleur, qui implique de profondes réformes, ne pourra être mené à bien que si les structures administratives sont simplifiées.

L'activité des services déconcentrés de l'Etat (DDASS et DRASS) concernés par ce programme doit être recentrée au niveau régional sur des missions de contrôle, d'évaluation et de prospective. Au niveau régional, l'Etat doit clarifier et mieux articuler les rôles respectifs du préfet (DRASS) et de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Une coopération plus organisée avec les autorités départementales est nécessaire pour parvenir à plus de cohérence entre les planifications sanitaire et médico-sociale.

Il est clair enfin que la dépendance a plusieurs dimensions, qu'elle ne se réduit pas à des modifications des capacités physiques, intellectuelles et psychiques des personnes, qu'elle est en fait autant une situation sociale qu'un état physiologique. La Cour souligne qu'il est donc capital de soutenir et renforcer les initiatives et les réseaux qui luttent contre l'isolement à domicile ou le confinement en institution, maintiennent le lien social et garantissent la continuité, la coordination et l'adaptation des services autour de la personne âgée dépendante et de son entourage.

358) Annexe 4.

A N N E X E S

Annexe 1

Méthodologie de l'enquête

L'enquête a été programmée sur la base d'une note de faisabilité approuvée par les deux chambres compétentes de la Cour au début de l'année 2003. Son champ a été défini comme portant sur « les conditions d'hébergement ou de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes faisant intervenir des fonds publics (Etat, collectivités territoriales, organismes de sécurité sociale) ».

Les chambres régionales ayant participé à l'enquête l'ont fait avec l'aide d'un guide de contrôle validé par le comité de liaison des juridictions financières en avril 2003. Les travaux des juridictions se sont déroulés du 2^{ème} semestre 2003 à la fin de l'année 2004.

A - Rapports de la Cour au niveau national

Douze rapports d'instruction ont été établis.

Deux rapports ont été consacrés au pilotage de la politique par les administrations centrales de l'Etat ; un autre rapport a porté sur le rôle des services déconcentrés de l'Etat. Deux rapports ont traité de l'hébergement à travers l'examen de la réforme tarifaire et du financement des établissements, et celui de l'objectif de dépenses médico-sociales de l'ONDAM, ligne « personnes âgées ». Un rapport a analysé la mise en œuvre et les résultats de la politique de maintien à domicile.

L'action sociale des caisses de retraite en faveur de leurs ressortissants a été examinée dans les six principaux régimes.

La lutte contre la maltraitance a été appréhendée dans un rapport spécifique établi en liaison avec le contrôle de l'association Alma-France. Enfin la Cour a enrichi son approche en procédant à des comparaisons internationales et en analysant des expériences ou pratiques paraissant intéressantes et susceptibles d'être mises en exergue.

La procédure contradictoire a été conduite sur la base de douze relevés de constatations provisoires.

B - La mise en œuvre de la politique au niveau territorial

Elle a été pour l'essentiel examinée à travers les contrôles des chambres régionales des comptes. La Cour a aussi conduit, en étroite liaison avec ces dernières, des missions dans dix départements, afin d'apprécier le rôle des services déconcentrés de l'Etat et leurs relations avec les autres acteurs locaux.

1 - Les contrôles des chambres régionales des comptes

Treize chambres régionales des comptes se sont associées à l'enquête : Aquitaine, Basse-Normandie, Bretagne, Centre, Franche-Comté, Ile-de-France, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Pays-de-la-Loire, Picardie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes.

Les investigations menées ont été doubles.

En premier lieu, elles ont porté sur vingt-sept collectivités départementales pour examiner la mise en œuvre de l'APA par la collectivité concernée, ainsi que, la plupart du temps, tout ou partie de la politique du département à l'égard des personnes âgées dépendantes.

Les vingt-sept départements ayant fait l'objet d'un contrôle au titre de l'enquête sont les suivants : l'Ain, l'Aisne, le Calvados, la Corrèze, les Côtes-d'Armor, le Doubs, la Drôme, l'Eure-et-Loir, le Finistère, la Haute-Garonne, la Gironde, l'Ille-et-Vilaine, le Loir-et-Cher, la Loire, la Loire-Atlantique, la Manche, la Mayenne, la Meurthe-et-Moselle, la Meuse, le Morbihan, la Moselle, l'Orne, Paris, le Rhône, la Sarthe, le Var et les Vosges.

En second lieu, neuf de ces chambres régionales (Aquitaine, Basse-Normandie, Bretagne, Centre, Ile-de-France, Limousin, Pays-de-Loire, Picardie et Rhône-Alpes) ont contrôlé quarante-trois établissements publics gérant une ou plusieurs structures hébergeant des personnes âgées, certains gérant aussi des services d'aide au maintien à domicile, et deux syndicats de communes spécialisés dans le seul maintien à domicile.

Les quarante-cinq établissements contrôlés sont situés dans vingt-trois départements différents (Aisne, Calvados, Corrèze, Côtes-d'Armor, Creuse, Dordogne, Finistère, Gironde, Ille-et-Vilaine, Isère, Landes, Loiret, Lot-et-Garonne, Mayenne, Morbihan, Pyrénées-Atlantiques, Rhône, Sarthe, Essonne, Val-de-Marne, Val d'Oise, Vendée, Yvelines). L'échantillon comprend huit centres communaux d'action sociale, dix-sept établissements publics de santé (un centre hospitalier régional, douze centres hospitaliers, quatre hôpitaux locaux), dix-huit établissements sociaux et médico-sociaux (maisons de retraite) et deux établissements publics de coopération intercommunale.

2- Les missions conjointes

Pour établir le rapport mentionné ci-dessus sur la mise en œuvre de la politique sur le terrain et de la coordination des différents acteurs au profit des personnes âgées dépendantes, la Cour a d'abord adressé un questionnaire à cinquante-trois DDASS. Les réponses qu'il a permis d'obtenir et d'exploiter ont été complétées par des investigations approfondies conduites sur un échantillon de dix départements estimé représentatif de l'ensemble métropolitain.

Les dix départements visités (Aisne, Corrèze, Eure-et-Loir, Haute-Garonne, Ille-et-Vilaine, Mayenne, Paris, Rhône, Var, Vosges) faisaient partie de l'ensemble plus vaste, des vingt-sept départements contrôlés par les chambres régionales des comptes. Dès lors, les missions conduites auprès des DDASS concernées l'ont été par des équipes associant les rapporteurs de la Cour et, la plupart du temps, le magistrat de la chambre régionale chargé du contrôle du département. Ces visites ont donné lieu à des entretiens non seulement dans les DDASS mais aussi, chaque fois que possible, dans les DRASS, les ARH et les CRAM compétentes pour le département concerné. Dans tous les cas, l'équipe a pu rencontrer le président du conseil général ou un haut responsable administratif de la collectivité.

C - Le comité de pilotage de l'enquête

Composé des représentants des deux chambres de la Cour et de ceux des chambres régionales des comptes participant à l'enquête, il s'est réuni, mensuellement entre juillet 2003 et juin 2004.

Le comité a pu recueillir le point de vue de différents responsables et dialoguer avec eux :

- les directeurs des administrations centrales concernées par le pilotage de la politique : DGAS, DHOS, DSS ;
- le président de la commission « développement social » de l'Assemblée des départements de France, président du Conseil général du Rhône ;
- des responsables d'organismes de sécurité sociale : la présidente de la MSA et la présidente de la CNAVTS ;
- les représentants de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS) : la directrice scientifique et la chargée de mission responsable de l'observation du soutien au vieillissement ;
- M. Raoul Briet, conseiller maître à la Cour des comptes, entendu sur le rapport au Premier ministre rédigé avec M. Jamet, directeur général des services du département du Rhône (intitulé « Mission de préfiguration de la CNSA - Pour une prise en charge solidaire et responsable de la perte d'autonomie ») ;
- un directeur au National Audit Office britannique, qui a présenté des études conduites dans cette Institution supérieure de contrôle sur le thème des personnes âgées ;
- des responsables associatifs : le directeur général de l'Union nationale des associations de soins et de services d'aide à domicile (UNASSAD), la vice-présidente et le délégué générale de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS) ;
- la directrice d'un hôpital local de la région Ile-de-France accueillant des personnes âgées dépendantes dans une double structure : USLD et maison de retraite.

Annexe 2

Principaux rapports parlementaires, administratifs et des juridictions financières

A - Rapports des juridictions financières

Rapports sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 (santé et couverture maladie des personnes âgées), 2002 (élaboration et suivi de l'enveloppe médico-sociale de l'ONDAM), 1999 (action sociale de la branche vieillesse) et 1998 (prise en charge de l'aide ménagère aux personnes âgées par les caisses d'assurance vieillesse).

Rapport public particulier sur la vie avec un handicap – juin 2003.

Rapport public particulier sur la décentralisation en matière d'aide sociale - décembre 1995.

B - Rapports parlementaires

1 - Assemblée Nationale

Rapport sur le projet de loi relatif à l'autonomie des personnes âgées et handicapées - avril 2004 - M. Denis Jacquat, député ;

Rapport sur les conséquences sanitaires et sociales de la canicule - février 2004 - MM. François d'Aubert et Claude Evin, députés (commission d'enquête) ;

Rapport d'information sur la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie - juillet 2001 - M. Pascal Terrasse, député ;

Rapport d'information sur la prise en charge de la démence sénile en Europe - juin 1999 - M. Denis Jacquat, député (commission des affaires culturelles, familiales et sociales).

2 - Sénat

Rapport sur le projet de loi relatif à l'autonomie des personnes âgées et handicapées - mai 2004 - M. André Lardeux, sénateur ;

Rapport d'information : « La France et les Français face à la canicule : les leçons d'une crise » - février 2004 – Mme Valérie Létard, MM. Hilaire Flandre et Serge Lepeltier, sénateurs (mission commune d'information).

C - Conseil économique et social

« Le recrutement, la formation et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social » - juin 2004 - M. Michel Pinaud (section du travail) ;

« Pour une prise en charge collective, quel que soit leur âge, des personnes en situation de handicap » – juillet 2003 – M. Maurice Bonnet (section des affaires sociales) ;

« Les personnes âgées dans la société » - décembre 2000 - M. Maurice Bonnet.

D- Rapports au Gouvernement

Au Premier ministre

Rapport de MM. Raoul Briet et Pierre Jamet « Mission de préfiguration de la CNSA. Pour une prise en charge solidaire et responsable de la perte et autonomie » - Mai 2004.

Rapport général de M. Jean-Marie Palach, IGAS, « vieillissement et solidarité » - automne 2003 ;

« Vieillir en France. Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie » - juin 1999 – Mme Paulette Guinchard-Kunstler, députée.

Au ministre de l'emploi et de la solidarité

« L'aide personnalisée à l'autonomie : un nouveau droit fondé sur le principe d'égalité » - mai 2000 – M. Jean-Pierre Sueur, maire d'Orléans.

E - Rapports de corps d'inspection

IGF-IGAS-IGA

L'allocation personnalisée d'autonomie - avril 2003.

IGF-IGAS

Rapport de synthèse des constats et propositions de la mission sur les aides aux personnes - 1998.

IGAS

Préfiguration d'une étude prospective sur l'investissement dans le secteur médico-social pour personnes âgées – septembre 2004 ;

Rapport sur la gestion des âges dans le secteur sanitaire et social- L'exemple de la filière soignante et des métiers de l'aide à la personne - mai 2004 ;

La prise en charge sociale et médico-sociale des personnes âgées face à la canicule de l'été 2003 - janvier 2004 ;

Evolution de l'organisation territoriale de l'Etat dans le domaine sanitaire et social - octobre 2003 ;

Les politiques sociales de l'Etat et les territoires - Rapport annuel 2002 ;

Une société pour tous les âges - 1999 (rapport du comité de pilotage de l'année internationale des personnes âgées) ;

Annexe 3

Répartition des personnes âgées dépendantes par groupes iso-ressources

a) L'enquête HID faisait ressortir les résultats suivants pour 2000

Nombre de personnes âgées dépendantes en 2000

	A domicile	En établissement	Ensemble
Equivalent GIR 1	22 000	47 000	69 000
Equivalent GIR 2	133 000	129 000	262 000
Equivalent GIR 3	137 000	64 000	201 000
Equivalent GIR 4	232 000	32 000	264 000
Ensemble GIR 1-4	524 000	<i>272 000</i>	<i>796 000</i>
Equivalent GIR 5	346 000	44 000	390 000
Equivalent GIR 6	10 692 000	163 000	10 855 000
Equivalent GIR inconnu	24 000	21 000	43 000

Source : DREES, enquête HID

b) En s'appuyant sur l'enquête trimestrielle de la DREES sur l'APA, il est possible de préciser la répartition des bénéficiaires selon les GIR de 1 à 4 au 31 décembre 2004. Il y avait 865 000 bénéficiaires de l'APA à cette date, dont 59 % à domicile, soit 510 350 personnes qui se répartissent ainsi selon le degré de dépendance :

1) A domicile

	Nombre	Pourcentage
GIR 1	16 331	3,2
GIR 2	102 070	20
GIR 3	119 422	23,4
GIR 4	272 527	53,4
Ensemble	510 350	100

Source : DREES, *Etudes et résultats* n° 388 (avril 2005) – Réalisation Cour des comptes

2) S'agissant des bénéficiaires en établissement, la même méthode ne peut être utilisée car le recueil d'information effectué par la DREES ne concerne qu'une partie des établissements (ceux qui ne sont pas sous dotation globale, soit environ 60 % de l'ensemble).

En revanche, les premiers résultats de l'enquête EHPA 2003 de la DREES fournissent des indications sur la répartition selon le GIR des résidents des établissements hors logements-foyers. La population concernée s'élève à 490 000 personnes (76 000 en USLD et 414 000 en maison de retraite³⁵⁹). A partir des pourcentages indiqués par la DREES, la répartition est la suivante.

	Pourcentage	Nombre	Nombre cumulé
GIR 1	18	88 200	88 200
GIR 2	29	142 100	230 300
GIR 3	14	68 600	298 900
GIR 4	19	93 100	392 000
GIR 5	9	44 100	436 100
GIR 6	11	53 900	490 000
Total	100	490 000	

Source : DREES (*Etudes et résultats* n° 379, février 2005) – Réalisation Cour des comptes

359) Il y a 148 000 résidents en foyers-logements et 2 000 en hébergement temporaire. Au total, on compte 640 000 résidents en EHPA(D).

Annexe 4

Les coûts restant à la charge des personnes âgées dépendantes (à domicile)

La Cour a rapproché plafonds ou montants moyens d'APA et besoins en aide et a cherché à mesurer le taux d'effort demandé aux personnes âgées dépendantes.

a) Plafonds ou montants moyens d'APA et besoins en aide

Nombre d'heures finançables par l'APA

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6
Temps de soins nécessaire par mois (en heures) selon la grille AGGIR	105	88	69,5	44	26,5	7,5
Plafond APA ³⁶⁰	1 148 €	984 €	738 €	492 €	0 €	0 €
Nombre d'heures finançables par mois en mode « prestataire » ³⁶¹	72	62	46	31		
En pourcentage du temps de soins nécessaire	68 %	70 %	66 %	70 %		
Nombre d'heures finançables par mois en mode « gré à gré » ³⁶²	125	108	81	54		
En pourcentage du temps de soins nécessaire	119 %	122 %	116 %	122 %		
Montant moyen du plan d'aide attribué (part du département et participation de l'utilisateur) ³⁶³	887 €	725 €	555 €	348 €		
Nombre d'heures finançables par mois en prestataire par le plan d'aide attribué	55	45	35	22		
En pourcentage du temps de soins nécessaire	53 %	52 %	50 %	49 %		
Nombre d'heures finançables par mois en gré à gré par le plan d'aide attribué	97	79	61	38		
En pourcentage du temps de soins nécessaire	92 %	90 %	87 %	86 %		
Montant versé par le département	770 €	621 €	482 €	306 €		
Nombre d'heures finançables par mois en prestataire sur la base du montant versé par le département	48	39	30	19		
En pourcentage du temps de soins nécessaire	46 %	44 %	43 %	43 %		
Nombre d'heures finançables par mois en gré à gré sur la base du montant versé par le département	84	68	53	33		
En pourcentage du temps de soins nécessaire	80 %	77 %	76 %	76 %		

Source : DGAS, CNAVTS et DREES – Réalisation : Cour des comptes

360) Plafonds d'APA au 1^{er} janvier 2005.

361) Hypothèse d'un coût horaire de 15,99 euros, soit le taux de participation fixé par la CNAVTS en mai 2004 pour l'aide ménagère.

362) Hypothèse d'un coût horaire de 9,15 € [SMIC horaire brut (8,32 €) + cotisations patronales (3,42 €) – exonérations d'une partie des cotisations patronales pour les employeurs bénéficiaires de l'APA (2,59 €)].

363) « L'APA au 31 décembre 2004 », DREES, Etudes et résultats n° 388, avril 2005.

Cette analyse montre que les plafonds réglementaires d'APA ne permettent de couvrir les besoins en aide tels qu'évalués par la grille AGGIR qu'à condition de ne pas recourir systématiquement au mode « prestataire ». Si l'on considère non plus les plafonds mais les montants moyens d'aide attribués (participation de l'utilisateur comprise), il apparaît qu'une partie seulement des besoins chiffrés par la grille AGGIR sont couverts quelles que soient les modalités de l'aide (entre 49 % et 53 % selon le GIR en mode « prestataire », et entre 86 % et 92 % en mode « gré à gré »).

b) Dépense laissée à la charge de la personne âgée dépendante

La Cour a d'abord calculé le coût annuel d'une prise en charge en fonction du temps théorique de soins nécessaires (en heures d'aide à domicile), tel qu'évalué par la grille AGGIR³⁶⁴, et d'un coût horaire moyen³⁶⁵.

Elle a ensuite chiffré le montant des principales aides dont peut bénéficier une personne âgée (APA et réduction d'impôt sur le revenu au titre de l'emploi d'un salarié à domicile) en fonction de son revenu³⁶⁶. Le plan d'aide APA prévoit que la participation de la personne croît avec son revenu : les personnes percevant moins de 623 € par mois sont exonérées de toute participation³⁶⁷, les personnes percevant entre 623 € et 2 483 € par mois participent de façon progressive jusqu'à 90 % du plan d'aide. Les personnes dont le revenu dépasse 2 483 € financent 90 % du plan d'aide. Le dispositif de réduction fiscale³⁶⁸ bénéficie quant à lui aux personnes effectivement appelées à payer l'impôt sur le revenu. L'aide fiscale augmente donc avec le revenu, la réduction fiscale était au maximum de 5 000 €

364) Soit 105 heures par mois pour un GIR 1, 88 heures par mois pour un GIR 2, 69,430 heures pour un GIR 3 et 44 heures pour un GIR 4.

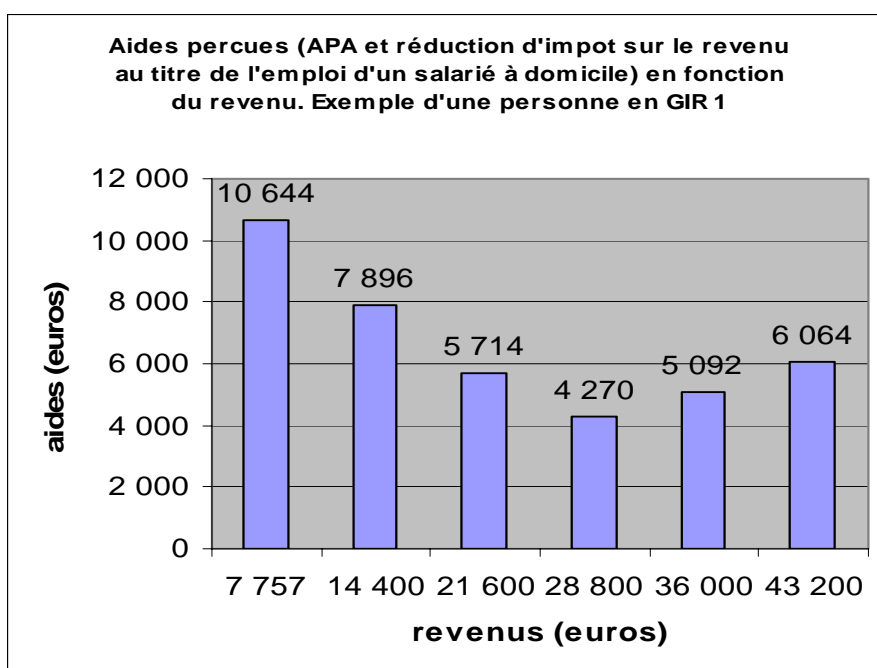
365) En supposant que la moitié de l'aide à domicile est apportée en mode « gré à gré » et que l'autre moitié l'est en mode « prestataire », le coût moyen d'une heure d'aide est de 12,57 € [(9,15 + 15,99)/2].

366) Hypothèse d'une personne seule, ayant eu des enfants qui ne sont plus à charge et qui bénéficie d'une demi-part supplémentaire.

367) 37 % des bénéficiaires de l'APA à domicile fin 2004 étaient exonérés de ticket modérateur, (Source : Etudes et résultats n° 388, déjà cité).

368) Réduction fiscale de 50 % des dépenses exposées pour l'emploi d'un salarié à domicile et effectivement supportées par la personne (c'est-à-dire non couvertes par une aide publique comme l'APA) dans la limite de 10 000 €

Au total, il ressort de ce travail que le montant des aides perçues (APA versée par le département hors ticket modérateur et réduction fiscale) décrit une courbe en U (voir tableau suivant) en fonction du revenu. Une personne en GIR 1 ne disposant que de faibles revenus sera relativement bien aidée car exonérée de participation au plan d'aide APA ; elle ne bénéficiera pas en revanche de réduction fiscale. Entre 7 756 € et 28 800 € de revenus annuels, le total des aides diminue du fait de l'augmentation de la participation de la personne au plan d'aide APA que ne compense pas la réduction fiscale (les personnes ne sont, en effet, pas imposables ou le sont à un niveau qui limite la portée de la réduction fiscale). Par contre, pour des revenus supérieurs à 36 000 €, la réduction fiscale prend toute sa portée et le total d'aides augmente jusqu'à ce que le plafond de 5 000 € de réduction soit atteint.



Réalisation : Cour des comptes

Il apparaît ainsi qu'une personne disposant d'un revenu annuel de 43 200 € annuels bénéficiera de plus d'aides (6 064 €) qu'une personne aux revenus deux fois inférieurs (pour des revenus annuels de 21 600 €, les aides sont de 5 714 €). Le dispositif de réduction fiscale favorise ainsi les plus hauts revenus.

Une même courbe en U est observable pour les autres GIR.

Dépenses restant à la charge de la personne âgée (déduction faite de l'APA versée par le département et de la réduction fiscale pour emploi à domicile).

Le taux d'effort, défini comme le ratio entre les dépenses restant à la charge de la personne et ses revenus, est inférieur à 100 % pour une prise en charge correspondant au nombre d'heures théoriquement requises suivant la grille AGGIR.

En retenant le nombre d'heures prévu par la grille AGGIR, la dépense laissée à la charge de la personne âgée dépendante atteint les montants suivants³⁶⁹ :

Revenu annuel (en euros)	Reste à charge en valeur et en pourcentage du revenu							
	GIR 1 (105 heures mensuelles)		GIR 2 (88 heures mensuelles)		GIR 3 (69,5 heures mensuelles)		GIR 4 (44 heures mensuelles)	
7756	5194	67%	4573	59%	3823	49%	2460	32%
14400	7942	55%	6820	47%	5543	38%	3539	25%
21600	10124	47%	8458	39%	6609	31%	3910	18%
28800	11568	40%	9357	32%	6938	24%	3544	12%
36000	10745	30%	8375	23%	5789	16%	3109	9%
43200	9773	23%	7403	17%	4908	11%	3109	7%

³⁶⁹⁾ Coût horaire moyen de 12,57 € reposant sur une intervention pour moitié en mode « prestataire » et pour moitié en mode « gré à gré ».

Un cas particulier

Les temps de soins théoriques reconnus par la grille AGGIR peuvent, dans certains cas, ne pas suffire à répondre aux besoins d'une personne. Par exemple, le temps théorique pour un GIR 1 (105 heures mensuelles) ne permet de disposer que de 3 heures et demie d'aide par jour. Une personne en GIR 1 qui aurait besoin de 12 heures d'aide par jour, devrait supporter, déduction faite de l'APA versée par le département (montant moyen) et de la réduction fiscale, des dépenses annuelles comprises entre 28 900 € et 33 500 € en faisant l'hypothèse d'un recours au mode « gré à gré »³⁷⁰.

Revenu annuel	Reste à charge en valeur et en pourcentage du revenu	
(en euros)	GIR 1 (pour 360 heures mensuelles)	
7756	28884	372%
14400	31632	220%
21600	33814	157%
28800	35258	122%
36000	34435	96%
43200	33463	77%

Pour les personnes dont les revenus annuels sont inférieurs à 36 000 €, le taux d'effort dépasse 100 % et la dépense peut représenter près de 4 fois le revenu disponible.

370) Coût horaire moyen de 9,15 €

Annexe 5

L'aide à domicile

A - Les associations d'aide à domicile

Le tableau ci-dessous détaille l'activité respective estimée des différentes fédérations de l'aide à domicile, en fonction des éléments suivants :

- effectifs annoncés par l'USGERES (union des syndicats et groupements d'employeurs représentatifs dans l'économie sociale) ;
- temps de travail moyen de l'ordre de 60 % d'un temps plein ;
- taux de personnel administratif reconnu par la CNAVTS : 1 administratif pour 40 000 heures ;
- un temps plein de 1 607 heures par an.

	Effectifs salariés	Effectifs en ETP	dont administratifs	dont personnel d'intervention	Nombre d'heures effectuées par les personnels d'intervention
FNAAFP/CSF	5 000	3 000	120,53	2 879,48	4 627 316,33
UNADMR	65 000	39 000	1 566,83	37 433,18	60 155 112,23
UNASSAD	80 000	48 000	1 928,40	46 071,60	74 037 061,20
ADESSA	20 000	12 000	482,10	11 517,90	18 509 265,30
UNACCSS	2 600	1 560	62,67	1 497,33	2 406 204,49
FNAID	7 500	4 500	180,79	4 319,21	6 940 974,49
TOTAL	180 100	108 060	4 341,31	103 718,69	166 675 934,03

Source : DGAS

B - Les différentes formations dans le secteur de l'aide à domicile

Titres	Administration	Publics concernés
DEAVS	DGAS	étudiants, personnels relevant principalement de la branche aide à domicile ³⁷¹
Titre professionnel « assistant de vie »	DGEFP	majoritairement des demandeurs d'emploi
Certificat de qualification professionnelle « assistante de vie »	DGEFP (certificat délivré par la FEPEM)	personnels de particuliers employeurs
BEP sanitaire et social, mention complémentaire « aide à domicile »	Education nationale	étudiants, salariés, demandeurs d'emploi
BEPA, brevet d'études professionnelles agricoles, option « service aux personnes »	Agriculture	étudiants, salariés, demandeurs d'emploi

³⁷¹) La branche de l'aide à domicile a fait le choix de financer prioritairement les formations en DEAVS.

C - Un accès inégal à la formation professionnelle selon le statut des salariés

	Branche de l'aide à domicile	Branche des particuliers employeurs
Accès à la formation	- Garantie de bénéficier d'une formation d'au moins 60 heures rémunérées et de l'intégration dans une session de formation après six mois de présence dans le service - Plans de formation continue des associations et des entreprises	Le financement de l'AGEFOS peut être accordé dans la limite de 40 heures par an et par salarié
Titres proposés	DEAVS Diplôme professionnel d'aide soignant Diplôme d'État d'infirmier Assistant de vie (très minoritaire) : pour les demandeurs d'emploi	Assistant de vie Employé familial polyvalent Les formations aux métiers spécifiques à l'aide aux personnes âgées représentent 50 % des formations réalisées en 2003.
Organisation matérielle de la formation	Possibilité pour le service d'organiser des remplacements	Problématique du remplacement
Nombre de personnes formées dans l'aide à domicile des personnes âgées *	2001 : 17 814 salariés 2002 : 17 948 salariés 2003 : 23 490 salariés **	De 1999 à 2002, 11 000 salariés ont bénéficié d'une formation continue *** 2003 : 2 061 demandeurs d'emploi ont bénéficié du certificat de formation professionnelle « d'assistante de vie » ; 210 salariés ont acquis le même certificat par VAE, 6 101 stagiaires ont suivi des formations.
Financements mobilisés	2001 : 9 165 547 € 2002 : 12 561 952 € 2003 : 17 670 051 € Des conventions de cofinancement ont été signées dans 22 régions.	2001 : 1 526 039 € 2002 : 1 600 768 € 2003 : 1 917 859 € Des conventions ont été signées dans 10 régions

*Plans de formation des entreprises, CIF et alternance

**Pour une population estimée par Unifformation à 110 000 salariés

***Pour une population de 800 000 salariés

Source : FEPEM et UNIFORMATION

D - Evolution de l'activité des organismes agréés et des salariés des particuliers employeurs

	1997	2000	2002	2003	2004*	Evolution 2000/2003
Nombre d'organismes agréés	4 541	6 273	6 251	6 199	6 196	- 1 %
Effectifs des organismes agréés intervenant en prestataire	104 023	149 939	155 672	166 386	184 001	+ 11 %
Heures d'assistance des personnes âgées (en milliers) (prestataire)	32 073	49 602	64 841	66 248	ND	+ 33 %
Nombre de particuliers employeurs	1 187 460	1 409 622	1 544 546	1 615 189	ND	+ 14 %
Effectifs employés par les particuliers employeurs	704 866	744 089	781 598	791 742	ND	+ 6 %
Heures d'intervention des salariés de particuliers employeurs (en milliers)**	462 698	465 559	482 127	493 270	ND	+ 6 %

*Données provisoires.

** Tous publics et tous types d'intervention.

Source : DARES

Lecture : La troisième ligne de ce tableau retrace les heures effectuées en mode prestataire par les services agréés auprès de personnes âgées.

Les chiffres présentés ici ne prennent pas en compte les heures de ménage effectuées pour des personnes âgées. Ils sous-estiment donc le nombre d'heures consacrées à ce public.

E - Les procédures d'autorisation, habilitation, agrément et conventionnement

	Services prestataires	Services mandataires	
Autorisation (L. 312-1 et L. 313-1 du CASF) : - accordée pour 15 ans, - mais évaluation quinquennale obligatoire (L. 312-8)	Ces services sont des services médico-sociaux au sens de l'article L. 312-1 du CASF et sont donc soumis à autorisation. Autorisation délivrée par le département, conjointement avec l'Etat si les prestations dispensées sont susceptibles d'être prises en charge par l'Etat ou l'assurance maladie	Aucune autorisation préalable, Les services mandataires n'entrent pas dans le champ d'application de l'article L. 312-1 du CASF	Aucune autorisation préalable
Agrément du code du travail (art. L. 129-1 et D. 129-7) - accordé pour un an	Agrément facultatif, nécessaire seulement si : - le service veut faire bénéficier ses usagers de la réduction fiscale prévue à l'article 199 sexdecies du CGI ; - le service intervient pour des prestations destinées à des personnes classées en GIR 1et 2 (art. 16 du décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001 portant application de la loi sur l'APA du 20 juillet 2001). Agrément délivré par le Préfet de département après instruction par la DDTEFP et subordonné à la délivrance de l'autorisation	Agrément obligatoire par le préfet de région, lorsque ces services portent sur la garde d'enfant de moins de 3 ans ou l'assistance à domicile de personnes âgées, handicapées ou dépendantes. L'agrément est délivré par le préfet du département après instruction par la DDTEFP et avis du conseil général (agrément dit « qualité »). Le décret du 25 juin 2004 remplace l'avis de la DDASS et du CROSS par l'avis du conseil général	Aucun agrément préalable
Habilitation (art. L. 313-6 et L. 313-8 et suiv. du CASF)	L'autorisation vaut habilitation à intervenir auprès de bénéficiaires de l'aide sociale, sauf indication contraire.	Habilitation nécessaire si le service intervient auprès de bénéficiaires de l'aide sociale	Pas d'habilitation
Conventionnement CNAVTS : circulaires CNAV n° 35/99 du 4 juin 1999, n° 2001/63 du 1er octobre 2001 et n° 2002/58 du 10 oct. 2002	Démarche conventionnelle spécifique en direction des services d'aide à domicile prestataires	Les caisses ne conventionnent que des services prestataires.	N'intervient pas dans le cadre de l'aide ménagère des caisses.

Réalisation : Cour des comptes

Annexe 6

Les établissements

Tableau n° 1

Evolution du nombre d'établissements et du nombre de places de 1996 à 2003 en distinguant les structures à but non lucratif et les structures à but lucratif

	Nombre de structures		Variation 96 / 03	Nombre de places		Variation 96 / 03
	1996	2003		1996	2003	
Logements-foyers publics	2 020	2 069	2 %	106 300	108 200	2 %
Logements-foyers privés à but non lucratif	812	810	- 0,2 %	43 500	40 500	- 7 %
Logements-foyers privés à but lucratif	108	97	- 10 %	5 900	4 200	- 29 %
Total logements-foyers	2 940	2 975	1 %	155 700	152 900	- 2 %
Maisons de retraite rattachées à un hôpital	1 106	1 080	- 2 %	98 600	100 800	2 %
Maisons de retraite autonomes publiques	1 568	1 652	5 %	116 300	120 500	4 %
Maisons de retraite privées à but lucratif	1 505	1 604	6,5 %	72 400	87 900	21 %
Maisons de retraite privées à but non lucratif	1 984	2 040	3 %	119 700	127 100	6 %
Total maisons de retraite	6 163	6 376	3 %	407 000	436 300	7 %
Résidences d'hébergement temporaire	151	131	- 13 %	3 300	2 400	- 27 %
Unités de soins de longue durée (USLD)	984	1 044	6 %	81 400	79 300	- 3 %
Total général	10 238	10 526	3 %	647 400	670 900	4 %

Sources : données 1996 et 2003 DREES - Réalisation Cour des comptes

Tableau n° 2
Evolution du nombre de structures et de places, de 1996 à 2003,
gérées par le secteur public (établissements publics de santé,
établissements sociaux et médico-sociaux, établissements publics
locaux)

Sources : données 1996 et 2003 DREES - Réalisation Cour des comptes

	Nombre de structures		Variation % 1996/2003	Nombre de places		Variation % 1996/2003
	1996	2003		1996	2003	
Logements-foyers publics	2 020	2 069	2 %	106 300	108 200	2 %
Maisons de retraite rattachées à un hôpital	1 106	1 080	- 2 %	98 600	100 800	2 %
Maisons de retraite autonomes publiques	1 568	1 652	5 %	116 300	120 500	4 %
Résidences d'hébergement temporaire	151	131	- 13 %	3 300	2 400	- 27 %
Unités de soins de longue durée rattachées à un hôpital (USLD)	984	1 044	6 %	81 400*	79 300**	- 3 %
Total général	5 829	5 976	2,5 %	405 900	411 200	1,3 %

* En 1996, le chiffre comprend les USLD à statut public et les unités gérées par des établissements privés.

** En 2003, parmi les 1 044 USLD, 913 étaient gérées par des établissements publics et offraient 71 586 places.

Tableau n° 3
Evolution des taux d'équipement de 1996 à 2003
Exprimés en nombre de places installées
pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans

	1996	2003	Variation % 1996 / 2003
Nombre total de places installées (1)	647 400	670 900	+ 4 %
Nombre de personnes + 75 ans (2)	3 908 346	4 796 459	+ 23 %
Taux d'équipement global (3) = 1 / 2 * 1000	166	140	- 16 %
- dont FL	40	32	- 20 %
- dont MR	104	91	- 13 %
- dont USLD	21	17	- 19 %
- dont autres*	1	-	

* « Autres » : résidence d'hébergement temporaire dont le taux d'équipement est égal à 1 pour 1 000 en 1996 ; en 2003, ce taux est proche de 0 %.

Sources : données 1996 et 2003 DREES et INSEE - Réalisation Cour des comptes

Tableau n° 4 - Evolution de la part des places médicalisées par rapport à la capacité totale de 1996 à 2003

-	1996			2003			% de variation des places médicalisées 1996/2003 (1) / (4)
	Nombre de places médicalisées (1)	Nombre de places (2)	Part de places médicalisées (3) = (1) / (2)	Nombre de places médicalisées (4)	Nombre de places (5)	Part de places médicalisées (6) = (4) / (5)	
Logements-foyers	5 214	155 700	3%	10 200	152 900	6,67 %	95 %
Maisons de retraite rattachées à un hôpital	48 008	98 600	48%	62 500	100 800	62 %	30 %
Maisons de retraite autonomes publiques	49 374	116 300	42 %	94 000	120 500	78 %	90 %
Maisons de retraite privées à but lucratif	3 593	72 400	4 %	45 600	87 900	52 %	1 169 %
Maisons de retraite privées à but non lucratif	30 574	119 700	25 %	71 500	127 100	56 %	133 %
Résidences d'hébergement temporaire	10	3 300	0,3 %	100	2 400	4 %	900 %
Unités de soins de longue durée	81 400	81 400	100 %	79 300	79 300	100 %	- 2,5 %
Ensemble des établissements	218 173	647 400	33 %	363 200	670 900	54 %	60 %

En 1996, les places médicalisées correspondent aux places de section de cure médicale et d'unités de soins de longue durée

En 2003, les places médicalisées correspondent aux places installées dans des établissements signataires de la convention, aux places de section de cure médicale et aux places d'unités de soins de longue durée

Sources : données 1996 et 2003 DREES - Réalisation Cour des comptes

Tableau n° 5

**Capacité habilitée à héberger des personnes admises à l'aide sociale
rapportée à la capacité totale installée et proportion des places
habilitées occupées par des personnes admises à l'aide sociale**

Année 1996

Catégories d'établissements	Capacité habilitée à l'aide sociale (en lits) (1)	Capacité totale installée (en lits) (2)	capacité habilitée / capacité totale installée (en %) (3) = (1) / (2)	Nombre de personnes hébergées relevant de l'aide sociale (4)	Personnes hébergées relevant de l'aide sociale / capacité habilitée en % (5) = (4) / (1)
USLD	81 400	81 400	100 %	27 400	33,7 %
Maisons de retraite, logements-foyers et autres	386 757	559 210	69,16 %	102 900	26,6 %
Ensemble des structures d'hébergement collectif	468 157	640 610	73,07 %	130 300	27,8 %

Source : DREES - Réalisation : Cour des comptes

Tableau n°5 bis

**Capacité habilitée à héberger des personnes admises à l'aide sociale
rapportée à la capacité totale installée et proportion des places
habilitées occupées par des personnes admises à l'aide sociale**

Année 2003

Catégories d'établissements	Capacité habilitée à l'aide sociale (en lits) (1)	Capacité totale installée (en lits) (2)	capacité habilitée / capacité totale installée (en %) (3) = (1)/(2)	Nombre de personnes hébergées relevant de l'aide sociale (4)	Personnes hébergées relevant de l'aide sociale/capacité habilitée (en %) (5) = (4) / (1)
USLD	76 000	79 300	95,8 %	26 000	34,2 %
Maisons de retraite, logements-foyers et autres	410 200	591 600	69,3 %	92 000 *	22,4 %
Ensemble des structures d'hébergement collectif	486 200	670 900	72,5 %	118 000 *	24,3 %

* Ce chiffre prend en considération toutes les personnes relevant de l'aide sociale ou bénéficiant d'une autre modalité de prise en charge de leurs frais d'hébergement.

Source : DREES – Réalisation : Cour des comptes

Tableau n° 5 ter

Evolution de 1996 à 2003 de la proportion de la capacité habilitée à recevoir des personnes admises à l'aide sociale rapportée à la capacité totale installée et de la proportion des places habilitées occupées par des personnes admises à l'aide sociale

Catégories d'établissements	1996		2003	
	Capacité habilitée /capacité totale installée (en %)	Personnes hébergées relevant De l'aide sociale/ capacité habilitée (en %)	Capacité habilitée /capacité totale installée (en %)	Personnes hébergées admises à l'aide sociale / capacité habilitée (en %)
USLD	100 %	33,7 %	95,8 %	34,2 %
Maisons de retraite, logements-foyers et autres	69,2 %	26,6 %	69,3 %	22,4 %
Ensemble des structures d'hébergement collectif	73,1 %	27,8 %	72,5 %	24,3 %

Source : DREES - Réalisation : Cour des comptes

Tableau n° 6 - Tarif hébergement dans les dix départements visités

Prix par jour en €	2000			2002			2003			2004		
Département	Prix moyen	Prix maximum	Prix minimum	Prix moyen	Prix maximum	Prix minimum	Prix moyen	Prix maximum	Prix minimum	Prix moyen	Prix maximum	Prix minimum
Aisne	41,59	60,00	31,00	34,08	50,00	18,00	36,20	53,66	18,86	38,13	52,67	20,73
Corrèze	33,51	56,22	22,46	35,39	54,44	22,51	36,16	53,86	24,09	36,20	53,75	25,81
Eure-et-Loir	43,98	56,69	33,16	40,41	52,18	32,16	43,08	57,71	32,79	45	57,95	34,01
Haute-Garonne	38,91	48,22	25,43	37,44	49,09	26,68	38,15	48,84	27,77	40,54	50,83	28,37
Ille-et-Vilaine	ND	ND	ND	35,98	42,88	30,32	37,71	46,91	32,01	ND	ND	ND
Mayenne	40,20	41,62	27,26	36,84	46,04	26,75	38,88	45,90	28,51	39,07	50,55	22,15
Rhône	46,66	66,62	29,27	45,33	53,32	27,25	41,92	52,95	27,74	44,12	57,63	30,43
Paris	64,42	78,08	45,19	52,56	67,03	43,95	53,75	69,64	43,90	55,75	72,94	30,43
Var	45,73	55,69	35,68	40,57	51,89	32,88	41,03	54,24	33,57	42,11	57,70	36,53
Vosges	33,93	44,47	23,39	30,28	40,58	22,86	31,13	41,02	24,64	32,22	40,72	24,27

Le périmètre des établissements concernés recouvre les établissements habilités à l'aide sociale, hors foyers logements, groupant en un seul ensemble les USLD et les maisons de retraite. Pour Paris, prix 2001 et non 2000.

Sources : *Départements et chambres régionales des comptes - Réalisation : Cour des comptes*

Tableau n°6 bis
Tarif hébergement + talon dans les dix départements de l'échantillon

(en €)

Départements	Coût journalier moyen total pour l'utilisateur 2000	Coût journalier moyen total pour l'utilisateur 2002	Coût journalier moyen total pour l'utilisateur 2003	Coût journalier moyen total pour l'utilisateur 2004	Evolution 2000 à 2003	Evolution 2000 à 2004	Estimation Coût moyen mensuel 2000	Estimation Coût moyen mensuel 2002	Estimation Coût moyen mensuel 2003	Estimation Coût moyen mensuel 2004
Aisne	41,59	37,51	40,00	42,16	- 3,8 %	1,3 %	1 247,7	1 125,3	1 200,0	1 264,8
Corrèze	33,51	38,17	38,99	39	16,3 %	16,3 %	1 005,3	1 145,1	1 169,7	1 170
Eure-et-Loir	43,98	43,50	46,56	48,65	5,8 %	10,61 %	1 319,4	1 305 »	1 396,8	1 459,5
Haute-Garonne	38,91	40,83	41,49	44,14	7,8 %	13,4 %	1 167,3	1 224,9	1 244,7	1 324,2
Ille-et-Vilaine	Nd	39,72	41,56	ND	Nd	ND	Nd	1 191,6	1 246,8	ND
Mayenne	40,20	41,68	43,37	43,20	7,8 %	7,4 %	1 206,0	1 250,4	1 301,1	1 296
Rhône	46,66	49,35	45,83	48,27	- 1,7 %	3,4 %	1 399,8	1 480,5	1 374,9	1 448,10
Paris	64,42	57,19	58,41	60,65	- 10,3 %	- 6,2 %	1 932,6	1 715,7	1 752,3	1 819,5
Var	45,73	43,95	44,74	45,58	- 2,1 %	- 0,3 %	1 371,9	1 318,5	1 342,2	1 367,4
Vosges	33,93	33,96	35,02	36,33	3,2 %	7 %	1 017,9	1 018,8	1 050,6	1 089,9

Les tarifs de 2000 sont des tarifs d'avant la réforme, les tarifs 2002, 2003 et 2004 sont les tarifs consécutifs à la réforme de la tarification. Tarif moyen en 2001 pour Paris. La notion de talon ou de ticket modérateur correspond au prix de la dépendance laissé à la charge de la personne âgée.

Source : Département et chambres régionales des comptes – Réalisation : Cour des comptes

Annexe 7

Les financements

A - Méthode retenue pour le chiffrage global

Concernant le **périmètre des actions chiffrées** : les aides retenues pour le chiffrage ne visent pas exclusivement la prise en charge de la dépendance. Inversement, des ressources publiques qui peuvent aider les personnes à assumer financièrement leur dépendance, telles les pensions, n'ont pas été intégrées. Leur intégration aurait changé l'ordre de grandeur des dépenses prises en compte (177 Md€). Les pensions versées en substitution d'une pension d'invalidité antérieure auraient pu être prises en compte ; elles représentent un montant évalué à 4,2 Md€³⁷².

Concernant les dépenses retenues par la Cour, les développements qui suivent précisent, poste par poste, les difficultés rencontrées et les choix retenus.

Dépenses des collectivités territoriales

Pour les dépenses de fonctionnement des collectivités locales, trois sources de données sont disponibles :

- les chiffres de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS). Ils sont établis par sondage sur un échantillon de 32 départements et extrapolés ;

- les statistiques de la DREES. Celle-ci effectue chaque année une enquête auprès des départements par questionnaire sur les bénéficiaires et les dépenses d'aide sociale. Depuis 2002, elle y ajoute un questionnaire sur l'action sociale facultative. Les données pour 2003 reposent sur les réponses de 80 départements extrapolées à l'ensemble du territoire ;

- les données comptables collectées par la DGCP. Ce devrait être la source la plus fiable et la plus complète. Néanmoins, le suivi des dépenses des collectivités par la DGCP se heurte au changement de nomenclature intervenu sur la période d'étude, changement qui ne permet

372) Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, mai 2003.

pas de suivre toutes les dépenses d'aide sociale et notamment celles d'aide ménagère et celles d'ACTP. Pour les communes et les CCAS, la nomenclature comptable permet de repérer les dépenses d'aide sociale en faveur des personnes âgées mais pas de préciser la nature de ces dépenses (aide ménagère, portage de repas). La nomenclature comptable des régions ne permet pas quant à elle d'identifier les dépenses d'aide sociale en faveur des personnes âgées.

Les résultats de ces trois sources divergent toujours à des degrés divers. Aucune des trois ne permet à elle seule de chiffrer de façon exhaustive les financements des collectivités. Par ailleurs, aucune des administrations concernées ne dispose de suivi des dépenses *d'investissement* des collectivités en faveur des personnes âgées.

Partout où elles sont disponibles les données DGCP sont reprises ; pour les dispositifs que la nomenclature ne permet pas de chiffrer, les estimations de la DREES ou de l'ODAS sont reprises (notamment pour l'ACTP qui représente désormais une part très réduite des dépenses d'aide sociale des départements en faveur des personnes âgées). Les données nettes (déduction faite des recouvrements ou recours sur succession) sont privilégiées. Elles ne sont néanmoins pas systématiquement disponibles en l'absence de moyens d'affecter une ressource de recouvrement à une prestation particulière. Toutefois comme l'essentiel des recouvrements concerne l'ASH, il a été retenu dans le chiffrage d'ensemble un montant net d'ASH et des montants bruts pour la PSD et l'aide ménagère.

Dépenses de l'assurance maladie

Concernant les dépenses d'assurance maladie bénéficiant aux personnes âgées dépendantes, il existe dans l'ONDAM une enveloppe dite médico-sociale consacrée aux personnes handicapées et aux personnes âgées. Elle permet en principe le suivi des dépenses liées aux établissements d'hébergement pour personnes âgées et aux SSIAD, dépenses qui concernent en majorité des personnes âgées dépendantes. Ces dépenses étaient en 2003 de :

- 763 M€ pour les SSIAD,
- 2 519 M€ pour les établissements d'hébergement.

96 % des bénéficiaires des SSIAD et 81 % des résidents en établissement (hors logements-foyers) sont classés en GIR 1 à 4.

L'enveloppe n'est néanmoins pas exhaustive. Concernant l'hébergement en institution, elle ne retrace ni les dépenses en USLD ni les subventions de fait que représente le financement par le budget général de l'hôpital de dépenses qui auraient dû être imputées aux maisons de retraite ou USLD qui leur sont rattachées. Ces dépenses sont comprises dans l'enveloppe hospitalière de l'ONDAM. Elles s'élevaient en 2003 à :

- 1 410 M€ de forfaits pour les USLD,
- 800 M€ (estimation) de subventions de fait des hôpitaux aux établissements d'hébergement et aux USLD qui leur sont rattachés. Ce chiffre est une estimation, l'identification des transferts des hôpitaux vers les établissements qui leur sont rattachés ne faisant pas l'objet d'un suivi précis.

Il faut ajouter à ces dépenses les dépenses de soins de ville dont peuvent bénéficier tant les personnes à domicile que celles vivant en établissement. Le repérage dans l'enveloppe soins de ville des dépenses spécifiquement dédiées aux personnes âgées dépendantes est difficile, les bases de données de la CNAMTS ne spécifiant pas l'état de dépendance de la personne.

Pour les soins de ville et d'hospitalisation, les montants retenus dans le chiffrage global sont ceux issus d'une étude de la CNAMTS faite à la demande de la Cour qui a repéré les personnes âgées de 75 ans ou plus bénéficiant d'actes infirmiers de soins (AIS), actes de « nursing » qui sont essentiellement requis dans les situations de dépendance. Ces personnes ont été supposées dépendantes. Partant de cette hypothèse, la CNAMTS a ensuite évalué le montant de l'ensemble des dépenses de soins de ville et d'hospitalisation qui sont rattachables à ces personnes. Extrapolées à l'ensemble des régimes, ces dépenses représenteraient :

- 2330 M€ pour les soins de ville dont
 - o 1 121 M€ de soins infirmiers libéraux dont deux tiers sont des actes infirmiers de soins (AIS), c'est-à-dire des actes de « nursing » (747 M€),
 - o 398 M€ de médicaments,
 - o 239 M€ de produits inscrits sur la liste des produits et prestations remboursées,
 - o 212 M€ de soins de masseurs-kinésithérapeutes,
- 1612 M€ de prestations hospitalières.

En ajoutant les forfaits EHPAD, les crédits SSIAD et les crédits soins de ville et hospitalisation, on obtient une estimation des dépenses d'assurance maladie pour les personnes âgées dépendantes de 9 434 M€ Les dépenses de l'ONDAM médico-social (EHPAD et SSIAD) représentent au final 35 % de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie ainsi chiffrées.

Il est à noter que, si ces dépenses bénéficient essentiellement à des personnes âgées dépendantes, elles ne sont pas toujours destinées à prendre en charge la dépendance ou les pathologies qui entraînent la dépendance. Elles peuvent intervenir au titre de la prise en charge d'autres pathologies. Un chiffrage rigoureux des dépenses de l'assurance maladie *consacrées à la dépendance ou les pathologies qui l'entraînent* est néanmoins impossible compte tenu des informations disponibles. Tout d'abord, la distinction entre soins et aide à la dépendance est difficile : un même acte (une toilette par exemple) peut être considéré selon les circonstances comme un soin ou non. Certains personnels soignants ou certaines structures comme les SSIAD ont pour mission d'assurer à la fois des soins et des aides à la dépendance. La création de l'APA et la réforme de la tarification des établissements auraient dû s'accompagner d'une clarification des charges afférentes à la dépendance et relevant des départements et celles liées à des pathologies et relevant de l'assurance maladie. Tel n'a pas été le cas, l'assurance maladie continuant à financer la dépendance tant en établissement qu'en soins de ville.

Dépenses des caisses de retraite

Les données concernant les caisses de retraite sont issues d'un travail spécifique de la Cour auprès de ces dernières. Ces dépenses concernent l'ensemble des ressortissants des caisses sans qu'un niveau de dépendance particulier soit systématiquement requis. On peut souligner que les dépenses d'aide ménagère sont désormais réservées à des personnes non ou peu dépendantes (GIR 5 et 6). Seules certaines aides profitent aux bénéficiaires de l'APA. Les aides à l'investissement bénéficient à toutes les catégories de personnes âgées hébergées en institution.

Dépenses des caisses d'allocations familiales

Concernant les dépenses des caisses d'allocations familiales, la Cour a demandé à la CNAF une extraction des dépenses d'ALS et d'APL bénéficiant aux personnes de plus de 75 ans selon leur lieu de résidence (domicile ou institution d'hébergement). Ces dépenses participent à la solvabilisation des personnes âgées dépendantes mais ne leur sont pas réservées.

En l'absence de possibilité de repérer les personnes dépendantes parmi les bénéficiaires, cette dépense est à considérer de façon prudente. L'ensemble des dépenses d'APL-ALS consacrées aux personnes hébergées est intégré dans le 2^{ème} cercle (306 M€) considérant que la grande majorité des personnes hébergées sont dépendantes.

En revanche, seule une part minoritaire (7,5 % soit 41 M€³⁷³) des dépenses d'APL-ALS consacrées aux personnes âgées à domicile est rattachée au 2^{ème} cercle car la grande majorité des personnes âgées vivant à domicile sont autonomes.

Dépenses fiscales

Le chiffrage des dépenses fiscales consacrées aux personnes âgées dépendantes est difficile : si la DGI est en effet en mesure d'évaluer l'essentiel des dépenses fiscales dont bénéficient les personnes âgées, il est difficile de repérer les dépenses consacrées aux personnes dépendantes. Certains dispositifs sont ciblés sur la perte d'autonomie mais bénéficient tant aux personnes âgées dépendantes qu'aux personnes handicapées. Seule la réduction d'impôts au titre des dépenses de dépendance en établissement ne concerne que les personnes âgées dépendantes.

Pour les dispositifs non ciblés sur la dépendance, la DGI dispose d'une estimation de la part de personnes âgées de plus de 60 ans parmi les bénéficiaires (voir supra). Par approximation, si l'on applique le taux de personnes de plus de 60 ans aux principaux allègements fiscaux, on obtient une dépense d'environ 6,758 Md€³⁷⁴, dont 273 explicitement consacrés à la dépendance des personnes âgées de 60 ans et plus.

373) Part des personnes en GIR 1 à 5 dans les personnes âgées vivant à domicile, selon l'enquête HID.

374) Hors coût du taux réduit de TVA sur les matériels, des allègements de taxes foncières et les dégrèvements de redevance que l'on n'a pas pu chiffrer ici.

Le tableau suivant fournit le détail des chiffres résumés dans la II^{ème} partie.

Estimation des dépenses fiscales en faveur des personnes âgées

	Coût budgétaire global en M€		Bénéficiaires de + de 60 ans		
	2003	2004	En % de l'ensemble des bénéficiaires	Dépense fiscale correspondante	
				2003	2004
Dépenses fiscales ciblées sur la dépendance					
Réduction d'impôt sur le revenu au titre des « dépenses afférentes à la dépendance » supportées par les personnes âgées dans les établissements conventionnés	50	60	100 %	50	60
Exonération de l'APA pour l'impôt sur le revenu	130	130	100%	130	130
Majoration du quotient familial pour personnes titulaires de la carte d'invalidité	310	320	30 % ³⁷⁵	93376	96 ³⁷⁷
Crédit d'impôt pour les équipements spécialement conçus pour personnes âgées ou handicapées ³⁷⁸	0	60	Nd ³⁷⁹	0	Nd
Taux de TVA réduit à 5,5 % pour certains matériels	300	310	Nd	nd	Nd
Sous-total 1	790	880		> 273	> 286

375) Estimation Cour . Attente chiffrage DGI pour les personnes de plus de 60 ans.

376) Idem.

377) Idem.

378) Entré en vigueur en 2004.

379) Chiffrage à réaliser par DGI

Dépenses fiscales non ciblées sur la dépendance					
Abattement sur le revenu imposable pour les personnes âgées de plus de 65 ans de condition modeste et les personnes invalides	230	230	95% ³⁸⁰	218	218
Réduction d'impôt sur le revenu pour l'emploi d'un salarié à domicile	1 520	1715	50 % ³⁸¹	760	857
Majoration du quotient familial pour les personnes vivant seules et n'ayant plus d'enfants à charge	1625	1540	75%	1219	1155
Abattement de 10 % sur les pensions dans le calcul de l'impôt sur le revenu	2 100	2050	100 %	2100	2050
Exonération de la majoration de pension pour enfants et charges de famille pour l'impôt sur le revenu	435	435	100 %	435	435
Exonération des prestations d'assistance (aide sociale, APL ou majoration pour tierce personne par exemple)	635	640	Nd ³⁸²	Nd	Nd
Exonération de taxe sur les salaires pour les rémunérations versées aux salariés à domicile	380	400	50 % ³⁸³	190	200
Exonération de taxe d'habitation	1 300	Nd	77 %	1 000	Nd
Dégrèvement sur la taxe foncière sur le bâti (personnes de plus de 65 ans et de moins de 75 ans)	563	Nd	100 %	563	Nd
Exonération de taxe foncière sur le bâti	313	nd	Nd ³⁸⁴	nd	nd
Plafonnement de la taxe d'habitation pour les personnes aux revenus modestes	nd	nd	Nd ³⁸⁵	nd	nd
Dégrèvement de redevance télévision	100	nd	nd	nd	nd
Sous-total 2	>9200			>6485	

Source : Cour des comptes sur données DGI

380) Estimation Cour. Attente chiffrage DGI.

381) Idem.

382) Attente chiffrage DGI

383) Idem.

384) Attente chiffrage DGI

385) Idem.

Exonérations de charges sociales

Concernant les exonérations de charges sociales, l'ACOSS distingue les particuliers employeurs allocataires de l'APA qui bénéficient d'une exonération totale, les particuliers employeurs de plus de 70 ans qui bénéficient d'une exonération partielle et les particuliers employeurs formant une catégorie « autres » qui peuvent être des personnes âgées dépendantes mais qui ne le sont pas tous.

Même si le système est déclaratif et si une personne âgée dépendante peut figurer dans la catégorie plus de 70 ans ou dans la catégorie « autres », on ne retiendra au titre des dépenses consacrées à la dépendance que le coût rattaché à la catégorie « bénéficiaires de l'APA ».

Les exonérations dont bénéficie la catégorie des personnes « plus de 70 ans » ne sont pas comptabilisées dans les aides consacrées à la prise en charge de la dépendance mais dans les aides aux personnes âgées de plus de 75 ans dont on ne connaît pas l'état au regard de la dépendance.

Il faut également signaler les exonérations dont bénéficient les associations agréées, les CCAS et les organismes habilités à l'aide sociale. Ces exonérations se chiffrent à 317 M€ en 2003 et 385 M€ en 2004 (prévision). Considérant que les associations interviennent majoritairement auprès de personnes non dépendantes, ces dépenses sont comptabilisées dans les aides aux personnes âgées de plus de 75 ans dont on ne connaît pas l'état au regard de la dépendance.

Pour les exonérations de charges sociales comme pour les dépenses fiscales, le repérage parmi les bénéficiaires des personnes dépendantes est particulièrement difficile. Un croisement de fichier qui permettrait d'isoler les personnes âgées dépendantes est à ce jour impossible en l'absence de fichier national exhaustif des bénéficiaires de l'APA.

B - Evaluation de la répartition des dépenses par source de financement

En partant du chiffrage des différentes aides, la Cour a évalué la part apportée par les principaux types de recettes : cotisations sociales, CSG, budget de l'Etat et ressources propres des collectivités territoriales.

A cet effet, plusieurs retraitements ont dû être effectués :

- une première répartition a été effectuée entre financeurs : Etat, collectivités, caisses ;

- ensuite, les ressources de chacun de ces financeurs ont été décomposées en fonction de leur origine. Ainsi, les dépenses des caisses de sécurité sociale reposent sur des cotisations sociales mais aussi sur de la CSG et, dans une moindre mesure, sur des contributions de l'Etat. De même, les dépenses des collectivités territoriales reposent au final sur leurs ressources propres mais aussi sur les dotations de l'Etat.

Les clés de répartition retenues sont les suivantes :

Répartition des dépenses par type de recette (2003)

Financier	Cotisations sociales	CSG et autres impôts affectés à la Sécurité sociale	Ressources propres de l'Etat	Ressources propres des collectivités territoriales ³⁸⁶	Autres
Caisses d'assurance maladie	52 %	41 %	2 %	-	5 %
Caisses de retraite	59 %	2 %	4 %		35 %
Caisses d'allocations familiales	40 %		32 %		28 %
Départements			43 %	57 %	

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, DGCL et DGCP.
Réalisation : Cour des comptes

³⁸⁶) Fiscalité locale à 90 % et revenus du domaine pour le reste.

Pour les caisses d'assurance maladie et les caisses de retraite, les clés de répartition retenues résultent du ratio de chaque recette des régimes de base divisée par le total des dépenses de ces régimes. La catégorie « autres » inclut notamment le déficit de certains régimes. Pour les caisses d'allocations familiales, les dépenses d'APL et d'ALS sont financées par des fonds (Fonds national de l'aide au logement pour l'ALS et Fonds national pour l'habitation pour l'APL) ; ces fonds sont eux-mêmes financés par l'Etat et par des contributions des employeurs. Une clé de répartition approximative a été retenue, de 40 % de financements de l'Etat et de 32 % de contributions des employeurs.

Pour les départements, il est estimé par la DGCP et la DGCL que 57 % des recettes hors emprunt des collectivités sont des ressources propres (essentiellement des recettes de la fiscalité locale). Les 43 % restants sont constitués de dotations de l'Etat.

Ces clés de répartition ont ensuite été appliquées aux dépenses consacrées aux personnes âgées dépendantes (15 544 M€).

Détail de la répartition des dépenses entre types de recettes (2003)

	Total	Finances locales	Etat	CSG	ITAF	Cotisations	Autres
APA	3 210	1 884	3	1 265	1	36	21
PSD	119	119					
ACTP	110	110					
Dépenses fiscales personnes âgées dépendantes	273		273				
Exonérations cotisations sociales personnes âgées dépendantes	241					241	
Majoration pour tierce personne	212		9		4	125	74
Sous-total 1	4 165	2 113	285	1 265	5	402	95
Aide sociale départementale	1 026	1 026					
FMAD	16			16			
CLIC CODERPA assoc	19		19				
Assurance maladie	9 434		151	3 396	446	4 906	535
Vieillesse	508		21	0	10	300	177
Famille	347		113			136	98
ANAH	29		29				
Sous-total 2	11 379	1 026	333	3 412	456	5 342	810
Total 1 + 2	15 544	3 139	618	4 677	461	5 744	905

Source : Cour des comptes

**Détail de la répartition des dépenses des départements consacrées
aux personnes âgées dépendantes par type de recette 2003
(hors emprunt) :**

Fiscalité locale	Autres ressources propres	Dotations de l'Etat	Total
51 %	6 %	43 %	100
1 600,89	188,34	1 349,77	3 139

Source : Cour des comptes

**Détail de la répartition des dépenses des caisses consacrées aux
personnes âgées dépendantes par type de recette (2003) :**

	Cotisations	CSG	ITAF	Contribution	Autres	Total
Maladie	4 906	3 396	446	151	535	9 434
Vieillesse (hors FFAPA)	425	0	10	30	251	716
Famille	136			113	98	347
Total	5 467	3 396	456	294	884	10 497

Source : Cour des comptes

**C – Répartition des dépenses d'APA à domicile en
2004 (extrapolation à partir du montant moyen des
plans d'aide attribués)**

	Nombre de bénéficiaires	Aide mensuelle moyenne versée par le département	Coût annuel pour les départements	Participation moyenne du bénéficiaire	Coût annuel pour les bénéficiaires
GIR 1	16 331	770	150 898 440	117	22 928 724
GIR 2	102 070	621	760 625 640	104	127 383 360
GIR 3	119 422	482	690 736 848	73	104 613 672
GIR 4	272 527	306	1 000 719 144	42	137 353 608
Total	510 350		2 602 980 072		392 279 364

A noter que le FFAPA produit un chiffre de 2,4 Md€ pour l'APA à domicile en 2004

Source : DREES ; Réalisation : Cour des comptes

D - Répartition des bénéficiaires de l'aide sociale départementale entre domicile et institution

Répartition des personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale départementale au 31 décembre 2003

Départements	% des bénéficiaires de l'aide sociale départementale à domicile	% des bénéficiaires de l'aide sociale en établissement
Ain	47 %	53 %
Aisne	52 %	48 %
Calvados	55 %	45 %
Corrèze	55 %	45 %
Côtes-d'Armor	42 %	58 %
Doubs	51 %	49 %
Drôme	42 %	58 %
Eure-et-Loir	31 %	69 %
Finistère	38 %	62 %
Haute-Garonne	62 %	38 %
Gironde	52 %	48 %
Ille-et-Vilaine	36 %	64 %
Loir-et-Cher	44 %	56 %
Loire	40 %	60 %
Loire-Atlantique	34 %	66 %
Manche	47 %	53 %
Mayenne	37 %	63 %
Meurthe-et-Moselle	54 %	46 %
Meuse	50 %	50 %
Morbihan	48 %	52 %
Moselle	54 %	46 %
Orne	42 %	58 %
Rhône	44 %	56 %
Sarthe	45 %	55 %
Paris	39 %	61 %
Var	55 %	45 %
Vosges	44 %	56 %

Source : DREES sur les départements contrôlés par les chambres régionales des comptes

E - Projection de coûts supplémentaires en 2020 par rapport à 2003- récapitulation globale

Coûts supplémentaires pour l'assurance maladie (M€)

	Hypothèse basse	Hypothèse haute
Coût du renforcement des taux d'encadrement en établissement (0,35 ETP soignant par lit)	2 200 M€(p. 191)	2 200 M€
Coût de l'augmentation de capacité des établissements (coût de fonctionnement annuel supplémentaire)	36 000 lits 180 M€(p. 191)	100 000 lits 500 M€
Coût des SSIAD (coût de fonctionnement annuel supplémentaire)	Maintien du taux d'équipement 300 M€(p. 192)	Doublement du taux d'équipement 1 400 M€(p. 192)
Augmentation des soins de ville et des dépenses d'hospitalisation (estimation de 1 970 M€p. 153)	Taux d'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes de 13,75 % (p. 18) 270 M€(=1 970 x 13,75 %)	Taux d'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes de 31 % (p. 18) 610 M€(=1 970 x 31 %)
TOTAL	2 950 M€	4 710 M€

Le coût du renforcement des taux d'encadrement a été calculé sur la base d'une cible de création de 85 000 emplois soignants (100 000 (besoins en 2003)- 15 000 (créations en 2004), évaluée fin 2004).

On considère que les infirmiers représentent 30% des personnels soignants, et les aides-soignantes et aides médico-psychologiques 70%. Pour garder le ratio soignants/agents de service (ASH) constant, il faut créer 50 000 postes d'ASH.

Par ailleurs, le coût moyen annuel d'un IDE est de 43 400 € celui d'un AS/AMP de 27 000 € et celui d'un ASH de 26 000 €

L'assurance maladie prend à sa charge le coût des infirmiers IDE (1,1Md€) et 70 % du coût des aides-soignants - aides médico-psychologiques AS/AMP (1,1Md€). Le tarif dépendance couvre 30 % du coût des AS/AMP (500M€) et 30 % du coût des agents de service (400M€), soit 900 M€ au total. Or l'APA couvre en moyenne 69 % du tarif dépendance (soit 621 M€), le reste étant à la charge du résident (900 M€ x 0,31). Le résident a également à sa charge 70 % du coût des agents de service (environ 900 M€).

2 - Coûts supplémentaires d'APA

	Hypothèse basse (scénario optimiste DSS)	Hypothèse haute (scénario pessimiste DSS)
Augmentation du coût de l'APA par rapport à 2003 dans la projection DSS	5 300 – 3 200 = 2 100 M€ (p. 184)	6 200- 3 200 = 3000 M€ (p. 184)
Renforcement du taux d'encadrement (0,35 ETP soignant) et des capacités des établissements	36 000 lits 700 M€(p. 191)	100 000 lits 847 €(p. 191)
TOTAL	2 800 M€	3 847 M€

3 - Coûts supplémentaires pour les résidents

	Hypothèse basse	Hypothèse haute
Coût du renforcement des taux d'encadrement (0,35 ETP soignant par lit)	1 179 M€(p. 191)	1 179 M€(p. 191)
Coût de l'augmentation de capacité	(36 000 lits) 125 M€(p. 191)	(100 000 lits) 350 M€(p. 191)
Coût de la mise aux normes (charge annuelle de l'amortissement)	380 M€ (p. 191)	1 250 M€(p191)
TOTAL	1 684 M€	2 780 M€

Annexe 8

Pilotage et planification

Tableau 1 : Evolution des effectifs des conseils généraux affectés aux personnes âgées

Départements	2001	2002	Nombre de bénéficiaires de l'APA au 31/12/02
Aisne	22	40	7 679
Calvados	37	57	7 117
Corrèze	24	45	4 297
Doubs	22	48	4 636
Drôme	8	16	5 944
Eure-et-Loir	Nd	30	4 615
Haute-Garonne	178	163	10 121
Ille-et-Vilaine	Nd	75	9 920
Loire	100	100	11 135
Loire-Atlantique	41	94	10 854
Mayenne	7	23	3 799
Meurthe-et-Moselle	20	30	8 098
Meuse	3	13	2 259
Moselle	28	45	8 116
Paris	123	190	15 748
Rhône	47	58	14 605
Sarthe	43	80	5 848
Var	60	86	4 961
Vosges	16	28	4 525

Sources : DREES, Cour des comptes et chambres régionales des comptes

Modalités d'élaboration et de suivi des schémas gérontologiques départementaux

Départements (schéma le plus récent)	Modes d'évaluation des besoins	Modes de pilotage	Modes de concertation	Objectifs	Chiffrage	Modes de suivi
Aisne (2001/2005)	Cabinet privé	Comité de pilotage	Faible	6 orientations	Peu précis	Comité de suivi
Calvados	Cabinet privé	Comité de pilotage	4 groupes de travail + commission consultative	4 orientations	Peu précis	A déterminer
Corrèze (2004/2008)	Bilan du schéma 1998/2003	Comité de pilotage	Comité technique	4 orientations	Partiel	Observatoire départemental (en cours)
Doubs (2001/2005)	Cabinet privé	Comité de pilotage	5 groupes de travail	3 orientations	Peu précis	Aucun
Drôme (1997/2003)	Observatoire prévu mais non créé	Nd	Groupe de travail	6 orientations	Peu précis	Prévu mais non réalisé
Ille-et-Vilaine (2001/2006)	Bilan du schéma 1993/2001	Comité de coordination gérontologique (depuis 1988)	13 comités d'observation de la dépendance et de médiation	3 orientations	Effectif (notamment mise en place d'un fonds relais)	Bilan d'étape en 2004
Meurthe-et-Moselle (2002/2006)	4 groupes de travail	Comité de pilotage	Comité consultatif	30 orientations	Partiel (hébergement)	Comité de pilotage
Meuse (2003/2007)	Cabinet privé	Aucun	Aucun	4 orientations	Aucun	Aucun
Orne (2001/2005)	4 groupes de travail + étude ODAS + enquête INSEE	Comité de pilotage	1 comité technique, 6 ateliers	6 orientations avec 18 propositions	Peu précis	Création d'un observatoire gérontologique en 2004
Rhône (2004/2008)	Bilan du schéma 1997/2001	Comité de pilotage et comité de rédaction	1 comité technique, 14 groupes de travail	3 orientations avec 15 actions	Nd	Nd
Var (2003/2007)	Cabinet privé	Nd	Consultation du public	6 orientations	Partiel (hébergement)	Comité de suivi et contrats d'objectifs spécifiques avec les intervenants
Vosges (2003/2007)	4 groupes de travail + étude DDE + questionnaire personnes âgées	Services du département	8 groupes de travail	20 orientations	Partiel (hébergement)	Commission de suivi

Source : chambres régionales des compte

Annexe 9

La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne, en Suède et au Royaume-Uni³⁸⁷

Les dispositifs mis en œuvre à l'étranger varient sensiblement. S'ils sont nombreux à être confrontés à des perspectives démographiques préoccupantes et, naturellement, à la nécessité de combiner soins médicaux et aide aux actes essentiels de la vie, leurs choix diffèrent en termes d'organisation et de modalités de financement. Certains font beaucoup plus appel aux solidarités familiales ou informelles qu'à la socialisation, par exemple au Japon ou parmi les pays méditerranéens. Parmi les autres, la marque du partage traditionnel entre systèmes "beveridgiens" et systèmes "bismarkiens", entre ceux qui se fondent d'abord sur des prestations non contributives et ceux qui font appel à une assurance spécifique, se discerne encore, bien que des évolutions soient en cours et que, notamment, l'OCDE signale une progression du second camp.

Trois cas sont développés ci-dessous parce qu'ils ont été particulièrement utiles à la réflexion de la Cour. Ils montrent que les différences actuelles ne remontent pas nécessairement très loin : les dispositifs présentés sont récents, pour une grande part, et ils sont issus de réformes structurelles menées après de larges débats publics.

Allemagne

Selon l'OCDE, l'Allemagne consacre 1,35 % de son PIB, aux soins de longue durée, dont 0,95 % pour la dépense publique et 0,40 % pour la dépense privée. La prise en charge à domicile forme 35 % du total. Les personnes aidées représentent, en 2003, 11 % de la population des plus de 65 ans ; les deux tiers reçoivent cette aide à domicile.

Le dispositif actuel a été mis en place par une loi de 1994, au terme d'un long débat rendu nécessaire par la saturation des hôpitaux. Sa montée en puissance a été rapide : 1,9 million de personnes sont prises en charge en 2003, sans condition relative à l'âge et en incluant les personnes

387) Sources : Cour des comptes à partir de documents OCDE pour les trois pays et de documents de l'ambassade de France en Allemagne et de l'ambassade d'Allemagne en France pour l'Allemagne.

handicapées dans ce chiffre, contre 300 000 en 1995. Les deux tiers le sont à leur domicile, le tiers restant étant hébergé en établissements spécialisés. Le maintien à domicile est un axe fort de la politique, qui insiste notamment sur l'effort d'adaptation des logements.

Les prestations distribuées, au choix des bénéficiaires, sont en nature ou en espèces, ou combinent les deux. Il s'agit de forfaits qui diffèrent selon le degré de la dépendance constatée par un médecin agréé (trois degrés de dépendance) et selon qu'il s'agit de prise en charge à domicile ou en établissement. Les aides sont plus élevées si elles sont en nature que si elles sont en espèces. Une majorité des bénéficiaires, quel que soit le degré de dépendance, a choisi néanmoins les aides en espèces, qui sont d'un emploi libre. Ces forfaits, dont le niveau maximum était de 1432 € en 2004, laissent à la charge du bénéficiaire un solde de dépense qui, dans bien des cas, peut représenter la moitié du total et inclut l'intégralité de l'hébergement en établissement ; cependant l'aide sociale des collectivités locales peut intervenir au profit des plus défavorisés.

L'originalité du dispositif tient aussi à son financement : l'Allemagne a opté pour la création d'une branche de la sécurité sociale financée par une assurance dépendance obligatoire (et, pour les catégories les plus aisées et les fonctionnaires, soit 10 % environ de la population, par une assurance privée). Une cotisation de 1,7 % du revenu brut est prélevée, à parité, sur les salariés et sur les employeurs (0,85 % pour chacun ; en ce qui concerne les salariés, une autre partie du coût total a été financée par la renonciation à un jour de congé, le Buss und Bett Tag, sauf en Saxe où la cotisation est de ce fait plus élevée).

Les aidants familiaux qui renoncent à leur emploi salarié voient prendre en charge leurs cotisations de retraite.

La gestion a été confiée, dans un but d'économies et de simplicité pour les populations, aux caisses d'assurance maladie, au sein desquelles elle est distincte bien qu'assumée par les mêmes personnes. Ce sont les caisses qui prennent les décisions individuelles d'octroi des aides.

Les Länder ont reçu la responsabilité de veiller à la permanence d'une offre de soins efficiente. Les établissements d'hébergement appartiennent tous au secteur privé (à but lucratif ou non), de même que les services de soins à domicile.

Le bilan de la réforme, après dix ans d'expérience, est perçu comme positif. Sa relative simplicité a eu un effet mobilisateur, et il n'y a pas de demande de remise en cause. On note toutefois couramment quelques fragilités : l'offre de soins en établissements est jugée perfectible, même s'il ne semble pas exister de file d'attente structurelle ; le personnel qualifié est lui aussi insuffisant ; enfin, l'équilibre financier

de la branche dépendance pose problème. Il est par construction tributaire du niveau d'activité économique. Surtout, l'évolution démographique ne peut que le dégrader. Le fonds de réserve constitué en 1995 ne survivra pas aux déficits successifs apparus à partir de 2002 et qui, à niveau de cotisations inchangé, ne peuvent que se répéter dans les années à venir. Il y a débat actuellement entre les solutions consistant à augmenter le taux de cotisation (une commission d'experts a proposé un relèvement à 2,6 %), ou à réduire les prestations en établissements pour les personnes dont la dépendance est la moins lourde, ou à passer partiellement en régime de capitalisation ou encore à prendre davantage appui sur les assurances privées, qui actuellement ne sont souscrites, lorsqu'elles le sont de façon facultative, que par 1 % de la population mais qui connaissent un début de développement assez dynamique.

Suède

Selon l'OCDE, la Suède a consacré, en 2000, 2,89 % de son PIB aux soins de longue durée, chiffre le plus élevé parmi les membres de l'Organisation. La plus grande partie de l'effort (2,74 % du PIB) vient du secteur public. L'aide à domicile forme 28 % du total. Les personnes aidées représentaient, en 2000, 17 % de la population des plus de 65 ans ; 54 % d'entre elles reçoivent l'aide à domicile.

La législation date dans ses grandes lignes du début des années 80, mais en 1992 la gestion en a été intégralement confiée aux communes, de même du reste qu'une partie du système de santé.

Il s'agit pour celles-ci d'une charge obligatoire. Dans la plupart d'entre elles, un agent spécialisé a la responsabilité de décider du montant des aides individuelles, qui sont des prestations en espèces et ne sont pas soumises à des conditions d'âge.

Le secteur public représente l'essentiel de l'offre, mais le secteur privé est en train de se développer car les communes ont été encouragées par l'État à contracter à l'extérieur pour contenir les coûts.

Dans le même temps, il a été constaté un resserrement de la population bénéficiaire, l'aide étant progressivement concentrée sur les dépendances les plus caractérisées, et, par ce fait même, attribuée plus tardivement qu'autrefois aux personnes concernées. Néanmoins, la dépense globale n'a pas diminué car les montants unitaires des aides ont augmenté.

Le financement provient pour l'essentiel de la fiscalité locale.

Les aidants informels sont soutenus par des prestations de service de répit, des soutiens techniques et des aides financières ; ils peuvent être directement employés par les communes (avec rémunération et charges

sociales), notamment en zone de peuplement peu dense. Un congé rémunéré est accordé en cas d'aide apportée à un proche en fin de vie.

Royaume-Uni

Selon l'OCDE, le Royaume-Uni a consacré en 2000 1,37 % de son PIB au "long term care", soit 0,89 % pour le secteur public et 0,48 % pour la dépense privée. La prise en charge à domicile représente 30 % de l'ensemble. Les personnes aidées représentent environ un quart de la population des plus de 65 ans ; les 4/5 environ reçoivent cette aide à domicile.

La prise en charge des personnes âgées dépendantes est, depuis 1993, de la responsabilité des collectivités locales, aussi bien pour l'évaluation des besoins des personnes que pour la gestion des soins et la coordination d'ensemble. Les prestations non thérapeutiques peuvent être directement assurées par elles ou confiées par voie contractuelle au secteur privé. L'Etat use de ses ressources fiscales pour subventionner les collectivités, qui utilisent également des ressources fiscales locales et les recettes provenant des usagers.

Les soins thérapeutiques sont assurés gratuitement par le National Health Service (NHS), à l'hôpital (qui ne représente qu'une part marginale des hébergements), dans les autres établissements, en ville ou à domicile ; il en va de même d'une partie des soins de "nursing".

Les personnes hébergées en établissement non hospitalier voient leurs besoins évalués par la collectivité locale. La part de frais laissée à leur charge dépend de leurs revenus (mais peut correspondre à l'ensemble de la dépense si leur patrimoine dépasse un certain seuil) ; la part supportée par la collectivité résulte d'une négociation tarifaire menée avec les prestataires qui sont essentiellement privés (à but lucratif ou non).

A domicile, les soins thérapeutiques sont fournis gratuitement par le NHS ; pour les autres soins, les bénéficiaires s'adressent à des prestataires privés ou à la collectivité locale, qui en général fait varier le prix en fonction du revenu et du patrimoine et peut s'inspirer de lignes directrices émanant de l'Etat. Depuis peu de temps, celui-ci a demandé aux collectivités de prévoir la possibilité pour les bénéficiaires d'opter pour une prestation en espèces libre d'emploi.

L'évolution générale de la prise en charge par les collectivités, ces dernières années, a tendu à concentrer l'aide sur les personnes les plus lourdement dépendantes ; le nombre des bénéficiaires a sensiblement baissé en dix ans.

Répertoire des principaux sigles et glossaire

Sigles

ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
ADEHPA	Association des directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées
ADF	Assemblée des départements de France
ADL	Activities of daily living
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
ALS	Allocation de logement à caractère social
AMD	Aide ménagère à domicile
AMI	Acte médical infirmier
ANAH	Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat
ANGELIQUE	Application nationale pour guider l'évaluation labellisée interne à la qualité pour les usagers des établissements
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
APL	Aide personnalisée au logement
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARRCO	Association des régimes de retraites complémentaires
AS	Aide soignant(e)
ASH	(Aide sociale (départementale) à l'hébergement (Agent de service hospitalier
AVTS	Allocation aux vieux travailleurs salariés
CAFAD	Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile
CASF	Code de l'action sociale et des familles

CASVP	Centre d'action sociale de la Ville de Paris
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCSS	Commission des comptes de la sécurité sociale
CDCM	Commission départementale de coordination médicale
CGI	Code général des impôts
CIAS	Centre intercommunal d'action sociale
CLEIRPA	Centre de liaison, d'étude, d'information et de recherche sur les personnes âgées
CLIC	Centre local d'information et de coordination gérontologique
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAVTS	Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNCG	Comité national de coordination gérontologique
CNESMS	Comité national de l'évaluation sociale et médico-sociale
CNOSS	Comité national de l'organisation sanitaire et sociale
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CNRPA	Comité national des retraités et personnes âgées
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CODERPA	Comité départemental des retraités et personnes âgées
CORERPA	Comité régional des retraités et personnes âgées
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPER	Contrat de plan Etat-Région
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRAMIF	Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France
CROSMS	Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale
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
CTIP	Centre technique des institutions de prévoyance
CTRI	Comité technique régional et interdépartemental
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDCCRF	Direction départementale du commerce, de la concurrence et de la répression des fraudes
DDTEFP	Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DEAVS	Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGCL	Direction générale des collectivités locales
DGCCRF	Direction générale du commerce, de la concurrence et de la répression des fraudes
DGEFP	Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle
DGI	Direction générale des impôts
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DOMINIC	Dotation minimale de convergence
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRASSIF	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRTEFP	Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
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
ENSP	Ecole nationale de la santé publique

ERNEST	Echantillon représentatif national d'établissements pour simuler la réforme de la tarification
ESMS	Etablissements sociaux et médico-sociaux
ETP	Equivalent temps plein
FAF	Fonds d'assurance formation
FASSAD	Fédération des associations de services et de soins à domicile
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée à but non lucratif
FEPEM	Fédération nationale des particuliers employeurs
FFAPA	Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie
FFSA	Fédération française des sociétés d'assurances
FHP	Fédération hospitalière de France
FMAD	Fonds de modernisation de l'aide à domicile
FSC	Forfait de soins courants
FSCM	Forfait de section de cure médicale
FSE	Fonds social européen
FSLD	Forfait de soins de longue durée
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
GIR	Groupe Iso - ressources (grille AGGIR)
GIRS	Groupe Iso - ressources, soins
GMP	GIR moyen pondéré
HAD	Hospitalisation à domicile
HID	Handicaps-incapacités-dépendance (Enquête INSEE)
IDE	Infirmier (ère) diplômé(e) d'Etat
IGA	Inspection générale de l'administration
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale

LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
LPPR	Liste des produits et prestations remboursables (anciennement TIPS)
MAFI	Mission d'appui aux fonctions d'inspection
MAPAD	Maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes
MARPA	Maison d'accueil rurale pour personnes âgées
MARTHE	Mission d'appui à la réforme de la tarification de l'hébergement en établissement (pour personnes âgées)
MR	Maison de retraite
MRIICE	Mission régionale et interdépartementale d'inspection, de contrôle et d'évaluation
MSA	Mutualité sociale agricole
MTP	Majoration pour aide constante d'une tierce personne
NHS	National Health Service
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
ODAS	Observatoire national de l'action sociale décentralisée
OMPHALE	Outil méthodologique de projections d'habitants, d'actifs, de logements et d'élèves (INSEE)
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
ORGANIC	Organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce
PRIICE	Programme régional et interdépartemental d'inspection, de contrôle et d'évaluation
PRISME	Prévention des risques, inspections et signalements des maltraitances dans les établissements sociaux et médico-sociaux
PRS	Programme régional de santé
PSD	Prestation spécifique dépendance
SAPAD	Service aux particuliers et aide à domicile
SCM	Section de cure médicalisée
SIVA	Site pour la vie autonome
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSAD	Service de soins à domicile

SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
UNACCSS	Union nationale des associations coordonnatrices des centres de soins et de santé
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
UNIOPSS	Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
URCAM	Unité régionale des caisses d'assurance maladie
USLD	Unité de soins de longue durée
VAE	Validation des acquis de l'expérience (professionnelle)
VMMD	Visite majorée de maintien à domicile

Glossaire

A

Accueil de jour : prise en charge dans une structure d'accueil pour les activités de jour. Les personnes accueillies rentrent chez elles le soir et en fin de semaine. La prise en charge financière est assurée selon les règles de l'aide sociale à l'hébergement.

Accueil temporaire : ensemble des structures destinées à recevoir des personnes âgées ayant besoin d'un simple soutien temporaire. Il comprend l'hébergement temporaire (hébergement complet pour une partie de l'année) et l'accueil de jour (la personne n'est accueillie que durant la journée mais n'est pas hébergée la nuit). Le décret n° 2004-231 du 17 mars 2004 précise la définition et l'organisation de l'accueil temporaire en application des articles L. 312-1 et L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles. L'accueil temporaire « s'entend comme un accueil organisé pour une durée limitée, avec ou sans hébergement, y compris l'accueil de jour ».

Ces structures peuvent être rattachées à des établissements existants ou érigées en établissements autonomes relevant de la loi de 1975 (désormais de la loi du 2 janvier 2002).

ADESSA : fédération d'associations d'aide à domicile issue du rapprochement, en janvier 2002, de la FNAFAD (Fédération nationale d'aide familiale à domicile) et de la FNADAR (Fédération nationale des associations d'aide à domicile en activités regroupées).

Agent à domicile : dans la branche des salariés de l'aide à domicile, personne qui aide à l'accomplissement des activités domestiques et administratives simples, essentiellement auprès des personnes en capacité d'exercer un contrôle et un suivi de celles-ci. Cet emploi ne nécessite pas de qualification particulière.

Aide à domicile : désigne les intervenants venant en aide aux personnes à domicile. Ce terme ne correspond pas à une qualification particulière. L'aide à domicile peut être agent à domicile, employé à domicile ou auxiliaire de vie sociale (branche des salariés de l'aide à domicile), agent ou employé familial, ou assistant de vie (branche des salariés des particuliers employeurs).

Aide ménagère : désigne à la fois un élément de l'aide sociale légale départementale, un élément de l'action sociale des caisses de retraite et la personne intervenant (le terme d'aide ménagère est alors synonyme d'aide à domicile).

Allocation personnalisée d'autonomie : mise en place le 1er janvier 2002, l'APA est une prestation financée par l'Etat, les départements et les caisses de sécurité sociale. Allouée aux personnes âgées d'au moins 60 ans et appartenant aux groupes iso-ressources 1, 2, 3 et 4, elle permet de financer un plan d'aide pour des personnes souhaitant rester à domicile ou être hébergées en établissement. Le montant de l'APA est défini en fonction du niveau de dépendance de la personne aidée et de ses revenus. Le degré d'autonomie de la personne est évalué par une équipe médico-sociale. Versée directement à la personne aidée, l'APA peut aussi être versée au prestataire de service.

ANGELE : Système d'information pour suivre la signature des conventions et l'utilisation des crédits attribués aux DDASS.

ANGELIQUE : outil de pilotage mis au point pour la mise en œuvre de la tarification. Diffusé en janvier 2001, cet outil d'auto-diagnostic pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes a été conçu par la mission MARTHE. Il permet aux établissements qui doivent signer une convention avec l'État et le département de préparer celle-ci selon une grille homogène.

Assistant de vie : titre de niveau V créé par le Ministère de l'emploi, essentiellement proposé par l'AFPA à des demandeurs d'emploi ; les titulaires de ce titre interviennent surtout pour des tâches ménagères. Le titre procure une équivalence avec 11 des 15 modules du DEAVS.

Assistante de vie : certificat de qualification professionnelle proposé par la branche des particuliers employeurs ; les titulaires de ce titre interviennent au domicile des personnes qui ne peuvent accomplir les gestes ordinaires de la vie quotidienne sans la présence d'une tierce personne. Une personne titulaire de ce certificat peut obtenir le titre d'assistant de vie sous réserve de suivre une formation complémentaire.

Autorisation : la loi du 2 janvier 2002 impose aux services prestataires d'aide à domicile d'être autorisés (article L. 313-1 du CASF) par l'autorité de tarification (président du conseil général ou préfet selon le type de services et de financements). Le comité de l'organisation sanitaire et sociale compétent émet un avis sur tous les projets de création ainsi que sur les projets de transformation et d'extension portant sur une capacité supérieure à un seuil fixé par décret en Conseil d'Etat. Cet avis peut être rendu selon une procédure simplifiée.

L'autorisation est accordée dans un délai de six mois ; elle est valable pour une durée de quinze ans. Le renouvellement, total ou partiel, est subordonné aux résultats d'une évaluation externe.

B

BASILE : base d'information portant sur 131 conventions signées dans 21 départements.

C

CNOSS : présidé par un conseiller d'Etat (article R. 712 du code de la santé publique), sa section sociale comprend 44 membres ; ses missions portent sur l'évaluation des besoins sociaux et médico-sociaux et l'analyse de leur évolution ainsi que sur les propositions de priorités pour l'action sociale et médico-sociale.

CNESMS : la loi du 2 janvier 2002 lui a donné compétence au regard de la nouvelle obligation incombant aux établissements et services médico-sociaux de procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent ; il comprend 56 personnes nommées pour quatre ans.

CNRPA : institué par le décret n° 82-697 du 4 août 1982 modifié ; présidé par le ministre chargé des personnes âgées et comprenant 32 membres élus pour trois ans, il joue un rôle consultatif en assurant la participation des retraités et personnes âgées à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de solidarité nationale les concernant.

CNSA : instituée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004, relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ; son organisation financière est fixée par le décret n° 2004-1384 du 22 décembre 2004.

CODERPA et CORERPA : institués par le décret n° 82-697 précité, ils assurent une représentation à l'échelon local des personnes âgées. Ils ont un rôle consultatif et une mission de réflexion en matière gériologique et d'information.

CQP : Certificat de qualification professionnelle, titre créé et délivré par une branche professionnelle. Les CQP sont reconnus uniquement dans les entreprises de la branche considérée.

D

DEAVS : titre de niveau V créé par le décret n° 2002-410 du 26 mars 2002 qui atteste des compétences « pour effectuer un accompagnement social et un soutien auprès des publics fragiles dans leur vie quotidienne ». « Les titulaires interviennent auprès des familles, des enfants, des personnes âgées, des personnes malades et des personnes handicapées pour une aide dans la vie quotidienne, le maintien à domicile, la préservation de l'autonomie des personnes, leur insertion sociale et la lutte contre les exclusions. » Ce diplôme vient en remplacement du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD).

DOMINIC : la notion de convergence tarifaire a été introduite par le décret n° 99-316 du 26 avril 1999 afin de permettre une comparaison du niveau des prestations délivrées par les établissements, au niveau départemental. Ainsi peut être fixée une valeur nette moyenne départementale du point relatif à la dépendance par le président du conseil général et une valeur nette moyenne départementale du point relatif aux aides-soignantes et aux aides médico-psychologiques (AMP) par le préfet. Les moyens des établissements peuvent ensuite être calculés par rapport à ces valeurs moyennes, en tenant compte des écarts justifiés (tenant par exemple à l'ancienneté de son personnel).

E

EHPAD : leur réforme a fait l'objet de la loi du 24 janvier 1997 (PSD), des décrets d'application n^{os} 99-316 et 317 du 26 avril 1999, n° 2001-388 du 4 mai 2001 puis de la loi du 20 juillet 2001 (APA) et de ses décrets d'application de novembre 2001. La réforme de la tarification mise en œuvre au cours des cinq dernières années vise à passer d'une tarification binaire (prix de journée concernant l'hébergement fixé par le conseil général, forfait soins fixé par l'Etat pour le compte de l'assurance maladie) à une tarification ternaire (soins, hébergement, dépendance), c'est-à-dire d'une tarification selon la structure d'accueil à une tarification qui correspond au coût réel de la prise en charge. Cette réforme de la tarification a deux objectifs essentiels : changer le mode d'allocation des crédits aux EHPA et inciter les établissements à entrer dans une démarche qualité sur la base d'une auto-évaluation.

Employé à domicile : dans la branche de l'aide à domicile, personne qui aide à l'accomplissement des activités domestiques et administratives simples, essentiellement auprès des personnes ne pouvant plus les accomplir en totale autonomie. Il peut intervenir dans l'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne (aider à la toilette, ou à l'alimentation). Doit être titulaire d'un BEP « carrière sanitaire et sociale », d'un CAP ou du titre d'assistant de vie.

Employé familial polyvalent : dans la branche des particuliers employeurs, titre homologué de niveau V ; personne qui intervient pour des tâches ménagères.

Emplois familiaux : ensemble des emplois assurant un service à domicile quels que soient l'employeur et le mode d'intervention (service prestataire, mandataire ou contrat de gré à gré).

ERNEST : la mission MARTHE a fait constituer par la DREES un échantillon statistiquement représentatif de l'ensemble des différentes structures d'hébergement pour personnes âgées au niveau national. Les établissements, présentés en huit strates, comprennent 10 % des établissements (tirés aléatoirement). Les données ayant alimenté ERNEST proviennent essentiellement du fichier FINESS 2000 (répertoire des établissements sanitaires et sociaux), de l'enquête EHPA de 1996 et de données budgétaires et comptables de 1998. Le nombre d'établissements finalement utilisables s'est élevé à 388.

F

FMAD : section spécifique du budget de l'établissement public national FFAPA, mise en place par la loi du 20 juillet 2001 pour améliorer la qualité de la prise en charge des personnes à domicile.

G

Garde à domicile : garde destinée aux personnes âgées, aux personnes handicapées et aux malades isolés qui ont besoin d'une présence régulière ou occasionnelle à domicile ; elle peut être continue ou ponctuelle (garde itinérante).

Gré à gré : intervention sur la base d'un contrat signé entre l'intervenant et le particulier employeur.

Grille AGGIR : La grille nationale AGGIR est destinée à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens.

L'évaluation se fait sur la base de dix-sept variables :

- dix variables dites "discriminantes" se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique et sont utilisées pour le calcul du GIR (groupe iso-ressources) : cohérence - orientation - toilette - habillage - alimentation - élimination - transferts (se lever, se coucher, s'asseoir) - déplacement à l'intérieur - déplacement à l'extérieur - communication à distance ;

- sept variables dites "illustratives", concernant la perte d'autonomie domestique et sociale, n'entrent pas dans le calcul du GIR mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide : gestion personnelle du budget et des biens - cuisine - ménage - transports - achats - suivi du traitement - activités de temps libre.

Chaque variable doit être évaluée :

A : fait seul les actes quotidiens

B : fait partiellement

C : ne fait pas.

Les personnes âgées qui sollicitent le bénéfice de l'APA sont classées dans les six groupes iso-ressources que compte la grille nationale, en fonction des aides à la personne ou techniques commandées par leur état :

- Le groupe iso-ressources 1 comprend les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence continue d'intervenants ;

- Le groupe iso-ressources 2 concerne les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ce groupe englobe aussi aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer ;

- Le groupe iso-ressources 3 réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement leur autonomie motrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées ;

- Le groupe iso-ressources 4 intègre les personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Ce groupe englobe également les personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas ;

- Le groupe iso-ressources 5 est celui des personnes âgées qui ont seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;

- Le groupe iso-ressources 6 réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

Seuls les quatre premiers GIR de la grille nationale ouvrent droit à l'APA, que les bénéficiaires se trouvent à domicile ou en établissement, à condition qu'ils répondent aux critères d'âge et de résidence. Les personnes âgées classées en GIR 5 et 6 peuvent néanmoins prétendre au versement des prestations d'aide ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

H

Habilitation par le conseil général : aux termes de l'article L. 313-8-1 du code de l'action sociale et des familles, l'habilitation précise obligatoirement les catégories de bénéficiaires et la capacité d'accueil du service, les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre, la nature des documents administratifs, financiers et comptables qui doivent être communiqués à la collectivité publique.

I

Intervention en mode prestataire : intervention exécutée sous la responsabilité et avec les moyens humains et matériels propres à l'organisme d'aide à domicile qui est lui-même l'employeur.

Intervention en mode mandataire : les particuliers sont employeurs mais ont recours à une association ou une entreprise qui règle les questions de gestion (réalisation des bulletins de salaire, déclarations à l'URSSAF) moyennant une rémunération par l'employeur.

M

Maintien à domicile : ensemble des dispositifs (aides techniques, humaines et financières) visant à répondre aux besoins de personnes dépendantes sans les obliger à quitter leur domicile pour un établissement d'hébergement ou pour un établissement sanitaire.

MARTHE : mise en place en avril 1999 auprès de la ministre de l'emploi et de la solidarité et du secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale pour coordonner la mise en place de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées en organisant le suivi et l'adapter éventuellement. La mission était alors composée de représentants de la direction de l'action sociale, maître d'œuvre de la réforme, de la DSS, de la DGS, de la direction des hôpitaux, de la DREES et de l'ENSP.

O

ONDAM : cet objectif de dépenses de santé à ne pas dépasser est fixé par le gouvernement depuis les ordonnances de 1996. L'ONDAM est arrêté à la suite des conférences régionales et nationale de santé.

P

PAQUID : Enquête épidémiologique de l'INSERM - Echantillon permettant de suivre l'évolution de l'état de santé d'un échantillon de 3 000 personnes âgées.

PATHOS : Outil d'évaluation des niveaux de soins nécessaires à la prise en charge des pathologies en gériatrie.

Plan national canicule : A la suite de la canicule d'août 2003, les ministères de l'intérieur, de la santé et de la protection sociale, et des personnes âgées, les préfets et les directeurs des ARH ont élaboré un plan d'action à court et moyen terme, applicable à compter du printemps 2004. Il doit permettre de faire face aux canicules à venir, et prévoit notamment quatre niveaux d'alerte progressifs.

R

Responsable de secteur : fonction particulière dans un service d'aide à domicile, qui consiste à encadrer une équipe d'intervention, à évaluer les besoins et à suivre la bonne exécution des interventions.

S

SAISEHPAD : système d'information de suivi des conventions tripartites des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, mis en place en juillet 2003 par l'administration centrale, dans le domaine de la réforme de la tarification.

Service d'aide à domicile : il propose des prestations à domicile (aide à domicile, portage de repas, garde de nuit notamment). Les services d'aide à domicile sont portés par des associations, des établissements publics ou des entreprises privées.

Service polyvalent d'aide et de soins : assure à la fois les missions relevant d'un service de soins infirmiers à domicile et d'un service d'aide à domicile (décret du 25 juin 2004).

SSIAD : services créés par la loi du 30 juin 1975 (décrets du 8 mai 1981 et du 25 juin 2004) destinés à apporter, sur prescription médicale, des soins à domicile aux personnes âgées et handicapées, en même temps que des soins d'hygiène générale et une aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie.

T

TARIFEHPAD : logiciel de répartition comptable en trois sections attribué aux établissements.

TELEGESTION : système permettant à tous les intervenants à domicile de renseigner depuis leur lieu de travail une base de données départementale sur les heures effectuées.

U

UNIFORMATION : organisme collecteur de la majorité des associations d'aide à domicile.

V

VAE : le droit individuel à la reconnaissance de l'expérience, professionnelle et bénévole, pour l'acquisition d'un titre ou d'un diplôme à finalité professionnelle (introduit par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002). L'expérience et les compétences acquises peuvent permettre l'obtention complète du diplôme.

**LISTE DES RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS
ET DES ORGANISMES INTÉRESSÉS**

		Page
Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille		365
Présidente du Conseil d'administration et Directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)		401
Président de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)		405
Directeur général de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (MSA)		411
Les réponses suivantes sont classées selon le numéro du département		
02	Directeur de la maison de retraite "Vuidet" à La Capelle	412
14	Président du CCAS de Caen	413
19	Président du Conseil général de Corrèze	413
19	Directeur du centre hospitalier gériatrique de Cornil	421
21	Président du Conseil général de la Côte-d'Or	423
25	Président du Conseil général du Doubs	426
27	Président du Conseil général de l'Eure	427
29	Président du Conseil général du Finistère	428
31	Président du Conseil général de la Haute-Garonne	429
31	Directeur général du Centre hospitalier universitaire de Toulouse	430
35	Président du CCAS de Rennes	431
38	Président du CCAS de Grenoble	432
40	Directeur de la Maison de retraite de Saint Martin de Seignanx	435
40	Directeur du Centre hospitalier de Dax	436
44	Président du Conseil général de Loire Atlantique	437
50	Président du Conseil général de la Manche	437
53	Président du Conseil général de la Mayenne	438
55	Président du Conseil général de la Meuse	440
69	Président du Conseil général du Rhône	443
72	Président du Conseil général de la Sarthe	443
75	Maire de Paris	444
83	Président du Conseil général du Var	445
92	Président du Conseil général des Hauts-de-Seine	447

**RÉPONSE DU MINISTRE DÉLÉGUÉ A LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX
PERSONNES AGÉES, AUX HANDICAPÉS ET A LA FAMILLE**

En introduction à son rapport, la Cour note que depuis la seconde moitié des années 1990, les pouvoirs publics ont commencé à prendre la mesure des défis que représentent le vieillissement progressif de la population française et l'accroissement des situations de dépendance qui en résulte en engageant d'importantes réformes législatives, dont trois retiennent son attention : la création de l'allocation personnalisée d'autonomie, prestation universelle qui vise à solvabiliser les besoins croissants d'aide et d'accompagnement des personnes âgées dépendantes et de leurs familles ; la médicalisation et la modernisation du parc des établissements d'hébergement ; la réforme de solidarité pour les personnes dépendantes qui élargit et consolide les financements dédiés à la prise en charge de la perte d'autonomie et du handicap avec l'instauration de la journée de solidarité et de la contribution solidarité autonomie et la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) qui devient l'opérateur unique de l'Etat dans le domaine de la perte d'autonomie et du handicap.

S'y ajoute la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui place l'utilisateur au cœur des dispositifs, renvoyant ainsi à la nécessité de mieux articuler l'individuel et le collectif, et dégage de nouveaux outils destinés à adapter et diversifier l'offre de services, tels que, notamment, les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale et leur volet gérontologique, d'une part, qui permettent d'objectiver les besoins à satisfaire et la configuration de l'offre existante de façon à programmer les équipements et services nécessaires et les groupements de coopération sociale et médico-sociale, d'autre part, propices à une mutualisation des moyens humains et logistiques.

Au terme d'un état des lieux des besoins, d'un premier bilan et des recommandations qu'ils impliquent pour accroître et améliorer l'offre de services aux personnes âgées dépendantes, dans la conclusion générale de son rapport, la Cour indique :

« Si l'on fait l'hypothèse d'un doublement des dépenses consacrées à cette politique (en faveur des personnes âgées dépendantes) d'ici 2040, les possibilités de développement de l'économie française à cet horizon ne rendent pas le problème insurmontable ».

« En revanche, ce problème ne peut être résolu avec les modes d'organisation, les dispositifs de financement et les structures administratives actuels », après avoir noté, dans le corps du rapport :

« Clarifier, simplifier, mieux répartir les rôles des principaux acteurs institutionnels, concevoir des dispositifs autour des besoins de la personne et de la continuité des prises en charge sont les objectifs que doivent s'assigner les responsables concernés pour répondre au défi de la dépendance dans les prochaines décennies. »

Préalablement à l'examen des propositions de la Cour sur l'évolution des dispositifs de financement, des modes d'organisation et de prise en charge, des structures administratives et du pilotage de la politique publique en faveur des personnes âgées dépendantes, l'état des lieux et le bilan qu'elle dresse appellent quelques observations, notamment en ce qui concerne la réforme de la tarification des établissements d'hébergement (EHPAD).

Observations sur l'état des lieux dressé par la Cour

1- La lenteur du processus de conventionnement et de son amorce effective relevée par la Cour tient aux nécessaires délais de stabilisation du « corpus juridique » de la réforme face aux évolutions législatives et réglementaires : ainsi, il a fallu attendre le décret du 4 mai 2001 modifiant les décrets du 26 avril 1999, puis la loi et les décrets relatifs à l'allocation personnalisée d'autonomie de juillet et novembre 2001 pour que la réforme devienne « opérationnelle » et que démarre véritablement la signature des conventions tripartites. Une modification substantielle, touchant aux équilibres de la réforme, a ensuite été introduite par l'article 96 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades excluant les médicaments et les dispositifs médicaux du tarif soins des établissements ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur. Le décret du 10 février 2005 relatif à la médicalisation des petites unités de vie (établissements visés à l'article L. 313-12-II du code de l'action sociale et de la famille) a nécessité plus de trois années de concertation et les délais réclamés par la publication du décret du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur en EHPAD sont largement dus au temps de la négociation et à la recherche d'un consensus sur le rôle et le mode de désignation de ce praticien, sujet difficile qui impacte l'exercice libéral de la médecine.

2- Il est souligné que, dans le contexte initial de la réforme, la répartition des charges entre sections tarifaires, dépendance et soins notamment, opérée par les décrets en Conseil d'Etat du 26 avril 1999 en affectant 30 % des dépenses d'aides-soignants à la dépendance, constitue une première clarification : la discussion portait alors non sur le transfert de la totalité des coûts des aides-soignants et des aides médico-psychologiques sur le tarif dépendance mais sur leur maintien à 100 % dans le tarif soins, à l'identique de ce qui existait précédemment dans les forfaits de section de cure médicale, ou sur un découpage de « frontières » à l'intérieur du soin, aboutissant au partage de cette masse de charges et à l'imputation de 30 % des dépenses d'aides-soignants sur le tarif dépendance. Cette clef de répartition, qui n'a pas d'équivalent dans le champ sanitaire³⁸⁸, était fortement contestée par les fédérations gestionnaires d'établissements et a d'ailleurs constitué un des principaux points du contentieux qu'elles ont engagé contre le décret n° 99-316 du 26 avril 1999.

Cette répartition 70 % - 30 % visait deux objectifs : d'une part, simplifier la réforme en évitant la multiplication de clefs de répartition différentes et, d'autre part, garantir la neutralité financière de la réforme pour l'assurance maladie.

Outre la difficulté à tracer une frontière claire entre les dépenses relevant de la dépendance et du soin dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées³⁸⁹, les conditions, en termes d'opportunité et de faisabilité, de modification de cette clef de contribution, qui entraînerait de facto la révision des tarifs dépendance à la charge des Conseils généraux, ne sont pas réunies

3- La Cour note dans son rapport que les conventions signées ne respectent pas le plafonnement de la DOMINIC (dotation minimale de convergence, outil d'allocation budgétaire) à DOMINIC + 35 % et s'établissent en moyenne à DOMINIC + 51,6 %.

388) L'assurance maladie prend en charge environ 10 milliards € de dépenses de logistique et d'hébergement (charges de groupe 3) dans les établissements publics et privés de santé.

389) Par exemple, les soins de nursing prodigués dans le cadre de la prévention des escarres peuvent permettre d'éviter une hospitalisation, justifiant une prise en charge par l'assurance maladie au même titre que les matelas pour prévention des escarres, inscrits à la liste des produits et prestations remboursables sur prescription individuelle

Ce phénomène tient en partie à la signature de nombreuses conventions avec des clapets anti-retour (37,2 % des conventions signées au 1^{er} août 2005) et des effets mécaniques (33,6 % des conventions à la même date), ce qui correspond aux deux cas de figure justifiant un dépassement du plafond de la DOMINIC + 35 %, hormis les assouplissements très encadrés apportés pour les établissements de moins de 60 places et ceux dont le GIR moyen pondéré (GMP) est supérieur à 700 et qui accueillent une majorité de résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer. Si demain, plusieurs dizaines d'unités de soins de longue durée (USLD), aujourd'hui à DOMINIC + 120 % ou + 150 %, signent des conventions, il est probable que le seuil de DOMINIC + 70 % pourrait être atteint, sans que cela se traduise par des décaissements supplémentaires de l'assurance maladie et des dépassements d'enveloppe. A l'inverse, si de nombreux établissements encore non médicalisés (logements foyers, notamment), donc sans effets mécaniques et sans clapets anti-retour, signent en dessous de DOMINIC + 35 %, il peut y avoir une convergence autour de DOMINIC + 35 %.

A la date du 1^{er} août 2005, 4052 conventions ont été signées, le coût d'une convention signée en 2005 étant évalué à environ 200 000 €. Cette baisse du coût unitaire des conventions s'explique notamment par une application plus stricte des règles budgétaires par les services déconcentrés en charge du conventionnement.

4- La Cour recommande que l'ONDAM « personnes âgées » regroupe toutes les dépenses d'assurance maladie en direction des personnes âgées résidant en EHPAD. L'objectif de dépenses « personnes âgées » vise à réguler, dans le cadre d'une enveloppe fermée, les dépenses de l'assurance maladie en direction des établissements et des services médico-sociaux publics ou privés qui accueillent des personnes âgées. Il n'apparaît donc pas opportun d'en faire un objectif de description des dépenses d'assurance maladie consacrées à une population donnée qui mêlerait dépenses encadrées et non-encadrées (l'exercice, d'ailleurs, supposerait également de s'intéresser aux dépenses d'hospitalisation des personnes âgées).

Pour autant, l'absence d'intégration au sein de l'objectif « personnes âgées » de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie en direction de cette population n'empêche pas de mieux appréhender les dépenses d'assurance maladie concernant les personnes âgées résidant en établissement.

Ainsi, des efforts ont été réalisés pour suivre les dépenses de soins de ville intégrées au tarif soins des établissements. En application d'un arrêté du 9 juillet 2003, chaque EHPAD doit adresser mensuellement un bordereau à sa caisse pivot concernant le suivi des dépenses de soins de

ville intégrées à son tarif de soins. Du fait des délais de mise en place des logiciels informatiques, la CNAMTS n'a pas, à ce jour, fourni une analyse des premières remontées d'informations.

Par ailleurs, le montant inscrit à ce titre au budget de l'établissement dans le cadre de la convention est renseigné par les DDASS dans SAISEHPAD.

En ce qui concerne les dépenses de soins de ville hors du tarif de soins de l'établissement, elles pourraient en théorie être suivies en routine par l'assurance maladie, l'établissement transmettant chaque trimestre à sa caisse pivot la liste de ses résidents. L'assurance maladie devrait donc être sensibilisée sur la nécessité d'assurer ce suivi (soit par la mise en place d'un système d'information si cela est techniquement possible, soit par un suivi ponctuel sur la base d'échantillons représentatifs) dans le cadre de la convention qui organise ses relations avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en application du III de l'article L.14-10-9 du code de l'action sociale et des familles.

5- La réforme, fin 2004, a commencé à faire évoluer l'offre d'hébergement dans plusieurs milliers d'établissements conventionnés (3 740) en assurant leur médicalisation, en les dotant d'un médecin coordonnateur, responsable du projet de soins de l'établissement, en permettant une meilleure prise en charge des 308 000 résidents qu'ils accueillent par la création de 28 162 postes ETP supplémentaires de personnels soignants.

Les premiers résultats de l'enquête EHPA 2003 de la DREES (Etudes et résultats n° 379 de février 2005) donnent des données actualisées au 31 décembre 2003 sur les taux d'encadrement des personnels des établissements.

Le taux d'encadrement global, tous personnels confondus, est de 0,45 (45 emplois salariés ETP pour 100 places installées), soit 14 points de plus qu'en 1996. Le taux d'encadrement global des établissements ayant passé une convention tripartite est, lui, de 0,57, soit 0,12 ETP supplémentaire, majoritairement du personnel soignant, par lit. En moyenne, le conventionnement d'un établissement se traduit par un renfort de 8 à 8,5 personnels (ETP) toutes sources de financement confondues, dont 6,6 ETP de personnel soignant.

Le taux d'encadrement hors administration et services généraux est de 0,33 ETP par lit.

Hors USLD, fin 2003, le taux d'encadrement en personnel de soins s'établit entre 0,25 (maison de retraite hospitalière) et 0,13 ETP par lit (maison de retraite privée à but lucratif). Il est de 0,185 dans les établissements publics autonomes et de 0,145 dans le privé non lucratif (associatif). Atteindre le taux d'encadrement de 0,35 ETP soignant par lit évoqué par la Cour comme jugé souhaitable nécessiterait la création d'environ 100 000 ETP soignants : 15 000 de ces emplois ont été créés par la signature des conventions tripartites en 2004 et on peut escompter qu'un nombre identique le sera en 2005, ramenant le solde à 70 000 emplois à créer fin 2005 pour atteindre un taux d'encadrement de 0,35.

6- Le poids des établissements dont le financement est désormais assis sur la DOMINIC doit conduire à intégrer l'effet de structure lié au vieillissement de la population et l'évolution progressive du GIR moyen pondéré (GMP) à la hausse : ainsi, le cadrage budgétaire de l'ONDAM 2006 intègre une augmentation du GMP estimée à 10 points depuis 2001. La Cour évaluant la valeur du point GIR à 2,9 M€ pour l'assurance maladie, une enveloppe de 29 M€ est prévue à cet effet dans le tableau de construction de l'ONDAM 2006.

7- Sachant que la qualité ne se décrète pas mais qu'elle s'impulse, notamment dans le domaine de la prise en charge des personnes en situation de fragilité, toutes les actions qui favorisent et permettent de promouvoir le développement d'une démarche d'amélioration continue de la qualité dans le secteur médico-social ont été jusqu'à présent privilégiées par rapport à un dispositif directif affichant des normes et un niveau minimum requis de qualité.

Dans ce domaine, la réforme des EHPAD a privilégié deux axes. Le premier valorise la réalisation d'un diagnostic partagé, sous la forme de l'auto-évaluation et la prise en compte des résultats de l'auto-évaluation dans le cadre du conventionnement ; le second oriente les structures sur la mise en œuvre d'une dynamique de progrès et d'une démarche d'amélioration continue de la qualité. C'est donc bien un dispositif double, obligatoire pour ce qui relève de l'évaluation, et incitatif pour ce qui relève d'une démarche qui dure dans le temps, en complémentarité de l'évaluation. Ainsi, la réforme de la tarification crée la première obligation d'auto-évaluation dans le champ social et médico-social. Tous ces travaux préliminaires ont préparé les mentalités à l'évaluation de la qualité des prestations telle que prévue dans la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002.

Enfin, pour remédier à l'absence de données permettant de mesurer les progrès accomplis, autres que les données quantitatives relatives aux recrutements de personnels de soins dans le cadre du conventionnement tripartite, la DGAS va constituer un groupe de travail, associant la DSS, la CNSA, quelques DDASS, conseils généraux et directeurs d'établissement, chargé de bâtir pour début 2006 un ensemble d'indicateurs, volontairement limité afin de faire ressortir les points principaux représentatifs d'un véritable effort de qualité, permettant de mesurer l'impact de la réforme en termes de progrès réalisés et de procéder à une analyse des conventions tripartites parvenues à échéance. Ces travaux s'appuieront sur ceux des DDASS ayant mis en place une grille de suivi et d'évaluation des conventions tripartites - Haute-Garonne, Ille-et-Vilaine, Jura, Loire, Nord, Orne, Pas-de-Calais, Val-de-Marne.

Faire évoluer les dispositifs de financement : la tarification des EHPAD

A cette aune, une des alternatives préconisées par la Cour pour l'achèvement de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) consiste à substituer au calcul de la répartition du financement au niveau de chaque établissement un calcul global au plan national de la contribution de chaque financeur, notamment de l'assurance maladie, sur la base des coûts analytiques d'un échantillon d'établissements. Ce passage à un calcul forfaitaire des recettes d'assurance maladie, reposant sur un forfait global de soins déterminé en fonction d'un taux d'encadrement par lit, normé en fonction du GIR « soins » (GIRS) et s'appliquant à tous les établissements, correspond à un financement automatique de moyens d'assurance maladie, indépendamment du conventionnement desdits établissements.

Ce mode de tarification, qui suppose une évolution de la structure budgétaire - dans la mesure où l'allocation forfaitaire de moyens d'assurance maladie est en contradiction avec le principe du budget ternaire comportant trois sections tarifaires étanches (soins/dépendance/hébergement) sauf si le montant des recettes forfaitaires d'assurance maladie constitue un plafond de dépenses autorisées pour la section soins - et le retour à un budget binaire (soins-dépendance/hébergement) dans lequel la dotation d'assurance maladie constituerait une recette en atténuation, prise en compte pour le calcul des tarifs dépendance, est théoriquement possible dans la mesure où, globalement, un équilibre macro-économique peut être trouvé, la somme des charges supplémentaires étant compensée par de moindres dépenses

ailleurs. Cette évolution est cependant insoutenable au niveau de chaque département et de chaque établissement car il y aurait des « perdants », du fait de la très grande diversité de situations au niveau local et des coûts spécifiques des facteurs de production propres à chaque catégorie juridique d'établissements (fonction publique hospitalière, fonction publique territoriale, convention collective de 1951, traitements fiscaux différents...), et retour à une tarification par solde, rejetée par les départements. Elle emporte de surcroît des effets d'aubaine inflationnistes non maîtrisés, par l'alignement des établissements en dessous des valeurs cibles sur ces dernières, et ce, sans redéploiement des ressources des établissements dépassant ces valeurs cibles, du fait du « clapet anti-retour ». Dès lors, la solution retenue repose sur une logique de prix de revient et d'ajustement financier progressif appelé « convergence tarifaire » et les décrets d'application ont cherché à trouver un point d'équilibre entre les différentes contraintes : la régulation des dépenses de santé, la position des présidents de conseil général et celle des établissements.

Dans ces conditions, l'achèvement de la réforme des EHPAD passe par la voie des aménagements et de la simplification afin de lui donner un caractère re-distributif en supprimant progressivement les anomalies que constituent certaines modalités de mise en œuvre et les effets d'aubaine inconsidérés qu'elles génèrent. Les mesures proposées, mises en avant dès 2004 par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et reprises à leur compte par la direction de la sécurité sociale et la direction générale de l'action sociale (notes conjointes DHOS, DSS, DGAS des 16 novembre 2004 et 15 février 2005), sont dans le droit fil des recommandations de la Cour. La palette de ces mesures, destinées à renforcer l'équité et l'efficacité des règles de la réforme de la tarification des EHPAD, pourrait progressivement se décliner comme suit :

▪ Dès l'année 2006, plusieurs dispositions législatives et réglementaires entreront en vigueur.

1- le report de la date limite de conventionnement

A l'occasion de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, la date butoir des conventions tripartites, actuellement fixée au 31 décembre 2005 ou, pour les logements foyers, au 31 décembre 2006, sera reportée au 31 décembre 2007, en cohérence avec la durée et le plan de financement du plan « vieillissement et solidarités ».

Ce report aura pour contrepartie la mise en œuvre de mécanismes incitant au conventionnement :

2- un calcul du clapet anti-retour à périmètre de charges identiques

Le mécanisme du clapet anti-retour permet aux établissements de conserver l'intégralité des crédits d'assurance maladie alors même que le périmètre de leurs charges a pu être réduit. Tel est le cas lorsqu'ils choisissent le tarif partiel qui ne contient plus certaines dépenses, incluses dans l'ancien forfait de cure médicale, antérieurement à leur charge et désormais reportées sur la ville ou l'usager (médicaments, transports sanitaires, examens de radiologie et de biologie, charges des personnels paramédicaux autres que les infirmiers et des omnipraticiens). Les prestations qui sont exclues à cette occasion du périmètre des charges couvertes par le tarif soins partiel de l'établissement devront faire l'objet d'une restitution « au réel » à l'enveloppe départementale sur la base des charges constatées à l'occasion du dernier compte administratif.

3- un plafonnement de « l'effet mécanique » de la réforme

L'effet mécanique de la réforme garantit le financement intégral par l'assurance maladie des charges de personnel de soins précédemment supportées par l'hébergement, même au-delà du plafond de la DOMINIC. De ce fait, certains établissements créent de toutes pièces ou renforcent leur effet mécanique en recrutant des personnels de soins financés sur le tarif hébergement avant conventionnement, avec l'assurance d'un financement ultérieur intégral par l'assurance maladie. Il sera proposé soit de plafonner la prise en charge de l'effet mécanique par l'assurance maladie en le limitant à un ratio maximum d'infirmiers, d'aides-soignants et d'aides médico-psychologiques, soit d'en exclure les personnels récemment embauchés par l'établissement.

4- l'amélioration de la prise en charge sanitaire et financière des médicaments et des dispositifs médicaux en s'appuyant sur les conclusions du groupe de travail présidé par l'Inspection générale des affaires sociales en 2005 :

- le forfait soins des EHPAD sera réévalué pour permettre le financement sur ce forfait de certains dispositifs médicaux collectifs. Cette mesure prendra effet le 1^{er} janvier 2007, après un délai nécessaire à la redéfinition des nouveaux forfaits ;
- les établissements médico-sociaux ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) pourront prendre en charge les médicaments dans le cadre de leur forfait soins. Ce droit d'option sera ouvert à compter du 1^{er} janvier 2007, délai nécessaire pour réévaluer et montant des dotations et définir leurs modalités d'évolution ;

- à l'instar des missions des groupements de coopération sanitaire, les missions des groupements de coopération médico-sociale sont élargies à la gestion d'une PUI commune auprès de laquelle les établissements membres pourront s'approvisionner ;

- les pharmaciens d'officine pourront être autorisés à gérer une PUI sous réserve d'une autorisation préalable.

5- La redéfinition des soins de longue durée

Jusqu'à la promulgation de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, les unités de soins de longue durée (USLD) relevaient du champ sanitaire et non du champ médico-social tant pour les compétences (ARH) que pour l'enveloppe financière. L'article 59-I de la loi précitée a opéré le transfert des dépenses des USLD dans l'objectif géré par la caisse nationale solidarité pour l'autonomie (CNSA). Il reste que tous les patients actuellement accueillis en USLD ne relèvent pas d'une prise en charge médico-sociale, certains nécessitant des soins de longue durée et une prise en charge sanitaire sur une longue période, requis par leurs poly-pathologies et leur fragilité.

C'est pourquoi, tant dans une logique d'adéquation des structures de prise en charge à l'état des personnes accueillies que dans le souci d'un financement ad hoc, il est nécessaire de d'opérer une redéfinition des soins de longue durée et une correction des inadéquations observées de façon à procéder à la répartition des patients et des enveloppes correspondant à leur prise en charge entre les champs sanitaire et médico-social. Dans ces conditions, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 revient sur les dispositions de la loi du 11 février 2005. Il a, en effet, paru souhaitable de différer le changement de tarification des USLD au 1^{er} janvier 2007. Cette période sera mise à profit pour bâtir un référentiel fixant les caractéristiques des patients relevant de soins prolongés et pour en mesurer les incidences budgétaires en termes de répartition d'enveloppe. Une mission d'accompagnement a été confiée à l'inspection générale des affaires sociales pour conduire ce travail et animer le comité de pilotage national, en cours de constitution, chargé de définir une méthodologie et de coordonner l'enquête diligentée en région.

▪ Ultérieurement, ces premières mesures pourraient être complétées par des dispositions visant à :

6- Geler, à son niveau au 31 décembre 2006, le forfait global de soins perçu à titre transitoire, par les établissements non conventionnés.

En application de l'article 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, le forfait global de soins perçu à titre transitoire par les établissements non conventionnés est revalorisé chaque année dans la limite d'un taux d'évolution arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes âgées et du budget en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement, et destiné à financer l'augmentation des dépenses résultant de la mise en place de mesures générales portant sur les salaires, les statuts ou le temps de travail des personnels pris en charge par l'assurance maladie. Geler le forfait global de soins mettrait un terme à l'attentisme et aux effets dilatoires qui résultent, en termes de signature des conventions tripartites, de la réévaluation régulière des forfaits soins d'établissements déjà bien dotés.

7- Compenser obligatoirement l'effet mécanique par le montant du clapet anti-retour

Dans les établissements de santé gérant plusieurs activités d'accueil de personnes âgées, le montant du clapet anti-retour, qui garantit le maintien des ressources antérieures d'assurance maladie même si elles sont supérieures aux charges de soins réelles, constaté sur un budget annexe (USLD en général) compenserait automatiquement les charges de soins d'un autre budget annexe en effet mécanique (maison de retraite hospitalière, par exemple).

8- Clarifier les règles de l'opération « sincérité des comptes »

Dans la majorité des établissements de santé, certaines charges relevant normalement du budget annexe sont fréquemment imputées sur le budget principal : il peut s'agir de charges de personnels exerçant dans l'EHPAD, de prestations fournies par l'établissement principal sans remboursement par le budget annexe de l'EHPAD ou facturées sur des bases inférieures à leur coût de revient. Dans le cadre des relations financières entre les budgets annexes et le budget principal, afin de mettre fin à la sous facturation persistante de certaines prestations logistiques, il pourrait être proposé de définir par arrêté les clefs de répartition des charges entre budgets, la répartition s'opérant par référence aux principes de la comptabilité analytique.

9- Donner une base réglementaire au plafonnement des moyens par la DOMINIC

La DOMINIC est présentée dans les circulaires budgétaires comme l'outil de calcul des dotations soins des EHPAD et la DOMINIC + 35 % comme le plafond d'allocation des ressources dans le cadre du conventionnement des établissements. Cependant, la DOMINIC n'a aucune valeur réglementaire, ce qui affaiblit la position des services

déconcentrés pour mener à bien la négociation des conventions tripartites dans le respect des règles d'allocation budgétaire. Il en va de même, a fortiori, en ce qui concerne le plafond de la DOMINIC + 35%.

Faire évoluer les dispositifs de financement : la tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile

En ce qui concerne les structures intervenant au domicile des personnes âgées, s'agissant des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), la Cour recommande de passer d'un mode d'allocation forfaitaire, qui se caractérise actuellement par cinq forfaits différents selon que le SSIAD est public ou privé, qu'il intervient à domicile, dans une petite unité de vie ou encore dans un accueil de jour autonome, à un système de dotation globale de financement prenant en compte les coûts réels de chaque service. Ce mode de financement est particulièrement adapté à la réalité de l'intervention des SSIAD, dispositif essentiel pour développer le maintien à domicile dont les missions ont été modernisées par le décret n° 2004-613 du 25 juin 2004, car il présente une garantie et une sécurité financières pour des structures de petite taille (le nombre moyen de salariés par SSIAD est de 9,3 ETP) et il permet d'adapter leurs moyens au public accueilli, dans une logique « sur mesures » ne pénalisant pas les prises en charge « lourdes ». Il n'est pas susceptible d'entraîner une dérive des dépenses d'assurance maladie dans la mesure où le mécanisme de la dotation globale avec reprise de résultats est désormais strictement encadrée et s'applique conjointement au principe de l'opposabilité des enveloppes ; il devrait par conséquent être retenu et donner lieu prochainement à la modification du décret budgétaire et comptable, désormais validée par le Cabinet du ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille.

Accessoirement, le financement des SSIAD sous dotation globale permettra une tarification des services polyvalents d'aide et de soins à domicile, créés par le décret du 25 juin 2004 précité pour assurer une prise en charge globale et coordonnée des besoins de la personne en remplissant simultanément les missions dévolues à un service de soins infirmiers à domicile et celles relevant d'un service d'aide à domicile, identique à celle qui prévaut pour les services d'accueil médicalisé pour adultes handicapés (FAM) : l'existence d'un seul budget, à défaut d'une autorité tarifaire unique, avec une recette d'assurance maladie venant en atténuation du montant total des charges du service, dont le président du conseil général prend acte pour calculer, par solde, le tarif des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile.

Enfin, en vue d'une allocation efficiente des ressources, dans la limite des dotations notifiées, et afin de réduire les disparités entre services analogues et comparables, un arrêté du 27 juillet 2005 (Journal officiel du 14 août 2005) fixe les indicateurs médico-économiques et socio-démographiques relatifs à l'activité, aux coûts et aux résultats des services de soins infirmiers à domicile, prévus au 5° de l'article R. 314-17 du code de l'action sociale et des familles.

Si le regroupement sous une autorité tarifaire unique du financement de l'ensemble des structures intervenant au domicile des personnes âgées en GIR 1 à 4 préconisé par la Cour semble, à ce stade, prématuré au regard de l'organisation du secteur de l'aide et des soins à domicile, il convient néanmoins de souligner les avancées opérées par le décret budgétaire et comptable du 22 octobre 2003 et les simplifications proposées par le projet d'ordonnance prise en application de l'article 72 de la loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit, en cours d'examen par le Conseil d'Etat.

La Cour des comptes recommande d'étudier les modalités du regroupement sous une autorité tarifaire unique du financement de l'ensemble des structures intervenant au domicile des personnes âgées en GIR 1-4 (SSIAD et services d'aide à domicile). L'action sociale des caisses n'est donc pas concernée par cette recommandation. Si toutefois le regroupement sous une autorité tarifaire unique de financement concernant également l'aide ménagère aux GIR 5 et 6 était envisagé, les difficultés suivantes seraient à prendre en considération.

La coexistence d'un taux de participation - qui s'applique, rappelons le, aux interventions en direction des retraités des régimes de base d'assurance vieillesse relevant des GIR 5 et 6 - et de tarifs administrés par les conseils généraux est conforme aux dispositions du droit et implique nécessairement l'existence d'un tarif horaire différencié pour les aides ou employés à domicile - qui s'appliquera aux prestations servies au public CNAV - et pour les auxiliaires de vie sociale et les aides médico-psychologiques. Les financements de la CNAV intervenant comme recettes en atténuation du budget général du service arrêté par le président du Conseil général (PCG), appliquer un tarif horaire « moyen », généralement supérieur au taux d'intervention de la CNAV, pour les prestations réalisées auprès des personnes relevant des GIR 5 et 6 revient à créer un déficit qui ne trouve pas preneur.

C'est à ces contraintes que répond l'article R. 314-130 du code de l'action sociale et des familles (CASF), approuvé lors de la concertation du décret budgétaire et comptable par les fédérations, en distinguant trois tarifs horaires. S'agissant des personnes âgées, donner le choix soit entre deux tarifs (qualifiés/non qualifiés) et un tarif « unifié » (tarif horaire moyen) conduit, chaque fois que le taux CNAV est inférieur au tarif « unifié » fixé par le président du conseil général (PCG), à introduire un déficit que légitimement aussi bien la CNAV que le conseil général peuvent refuser d'apurer et que le retraité n'est pas fondé à acquitter vu l'existence de barèmes de participation - l'ensemble des régimes de base sont alignés sur la barème de participation de la CNAV - établis en fonction des ressources des retraités.

▪ *L'option d'un tarif départemental unique n'a pas été retenue*

La pertinence de la tarification différenciée des services d'aide à domicile, telle que prévue par le décret budgétaire et comptable précité (articles 135 à 141 codifiés aux articles R. 314-130 à R. 314-136 du CASF), pour garantir la prise en charge par les financeurs publics des coûts réels, notamment salariaux, supportés par lesdits services, a été soulevée par la mission des inspections générales IGF/IGA/IGAS chargée, début 2003, de l'évaluation de la loi du 20 juillet 2001 relative à l'allocation personnalisée d'autonomie. Cette réforme n'étant pas indispensable à la prise en compte par les financeurs de l'augmentation des coûts salariaux des services d'aide à domicile dès lors que le principe d'opposabilité inscrit dans la loi et le règlement la garantit déjà (articles L. 314-6 et R. 232-9 du CASF), la mission avait recommandé d'en suspendre, voire d'en exclure, l'application dans le cadre de l'APA et proposé de s'en tenir à un tarif départemental unique, notant que « le paiement au même tarif de toutes les associations d'un département est un principe qui présente l'avantage d'inciter à la bonne gestion, d'être simple d'application et respectueux de l'égalité entre bénéficiaires. ».

Au vu des arguments développés par la direction générale de l'action sociale, dans une note aux cabinets du 6 mai 2003, les dispositions du décret du 22 octobre 2003 ont été validées. En effet, outre qu'elle se heurte à d'importantes difficultés de mise en œuvre, la proposition de retenir un tarif départemental unique, représentatif du coût départemental moyen ou médian des services, apparaît inflationniste puisque tous les services en dessous du prix départemental vont pouvoir être payés à ce prix et bénéficier d'un effet d'aubaine immédiat, sans qu'il soit possible, en réalité, de baisser les tarifs des services qui se situent au-dessus du prix départemental, eu égard aux pressions locales et aux enjeux économiques et sociaux locaux. Dans une telle situation, en effet, les autorités de tarification ont tendance à retenir non pas un tarif

moyen ou médian, mais un tarif calé sur l'un des déciles les plus élevés de façon à ce qu'il satisfasse 80 à 90 % des services concernés, ce qui a un effet inflationniste certain et immédiat.

Dans ces conditions, il est apparu préférable d'opter pour une régulation par l'autorisation, l'habilitation et la convergence tarifaire permettant de tolérer des écarts raisonnables qui tiennent compte, notamment, de la différenciation des statuts des personnels, de la localisation, des temps de déplacement, des temps de travail directs et indirects, plutôt que d'aligner tous les services sur un tarif départemental qui sera, en réalité, déterminé par les coûts des derniers déciles.

▪ *La fixation pluriannuelle du budget*

Une procédure de contractualisation budgétaire permet de fixer le budget d'un établissement ou service selon des modalités pluriannuelles, gages de souplesse, de continuité et de visibilité (articles R. 314-39 et suivants du code de l'action sociale et des familles) pour, notamment, assurer une reconduction, actualisée chaque année selon des règles permanentes, de ressources allouées lors d'un exercice antérieur ou garantir la prise en charge, sur plusieurs années, des surcoûts résultant d'un programme d'investissement ou d'une restructuration de l'établissement ou du service.

▪ *Les aménagements prévus en matière de tarification des entreprises et services d'aide à domicile.*

Actuellement, le décret budgétaire et comptable prévoit une tarification structure par structure :

- soit sous forme de tarifs horaires diversifiés en fonction de la qualification des personnels (article R. 314-130) - et il faut bien afficher des tarifs horaires pour être en mesure d'allouer aux services, mensuellement, à terme échu, les ressources correspondant à leur activité réelle du mois N-1 - ;

- soit sous forme d'une dotation globale de financement (article R. 314-135) égale à la différence entre, d'une part, la totalité des charges d'exploitation du budget auquel elle se rapporte, après incorporation, le cas échéant, du résultat de l'exercice antérieur et, d'autre part, les produits d'exploitation du même budget, autres que ceux relatifs à ladite dotation, et versée par fractions forfaitaires égales au douzième de son montant.

Dans le cadre du projet d'ordonnance à prendre pour modifier, en application de l'article 72 - 6° de la loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit, la partie législative du CASF et simplifier les règles d'autorisation, d'habilitation et de tarification de certaines catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux, deux mesures sont prévues en ce qui concerne la tarification des entreprises et services d'aide à domicile :

- un droit d'option entre, d'une part, une procédure d'autorisation (CASF) qui emporte la tarification relevant des articles R. 314-130 à R. 314-136 et, d'autre part, un agrément (code du travail L. 129-1) qui emporte un contrat de gré à gré, librement établi entre l'opérateur et le bénéficiaire. Il s'agit de la transposition aux entreprises de services à la personne, opérateurs privés, du dispositif de la loi du 6 juillet 1990 qui prévaut pour les établissements d'hébergement privés lucratifs et qui est régulé par la DGCCRF ;

- la possibilité de tarifer en bloc, avec leur accord, les services d'une même fédération départementale d'associations d'aide à domicile en laissant à cette dernière le soin de répartir l'allocation de ressources entre les différents services adhérents.

L'article 5 du projet d'ordonnance met ainsi un terme à la double procédure à laquelle sont actuellement soumis les services prestataires d'aide et d'accompagnement à domicile en instaurant, pour toute personne morale gestionnaire d'un service prestataire d'aide à domicile, un droit d'option entre deux modes d'entrée dans le dispositif :

- soit le promoteur souhaite bénéficier de la tarification relevant des articles R. 314-130 et suivants du CASF et il doit, pour ce faire, solliciter une autorisation au sens de l'article L. 313-1, ladite autorisation valant alors « agrément qualité » dès lors que la condition d'activité exclusive à domicile est remplie ;

- soit le promoteur ne souhaite pas entrer dans le dispositif tarifaire précité et préfère fixer librement le prix de ses prestations dans le cadre du contrat établi entre le bénéficiaire et l'opérateur. Dans ce cas, il est simplement tenu d'obtenir l'agrément qualité précédemment évoqué. Le contrat écrit qui fixe le prix des prestations fournies est alors celui en vigueur pour l'hébergement des personnes âgées dépendantes dans les établissements, essentiellement commerciaux, qui ne sont ni habilités à l'aide sociale, ni conventionnés à l'aide personnalisée au logement (APL - cf articles L. 342-2 et suivants du CASF). La progression des prix est ensuite régulée par la DGCCRF qui peut appliquer, en cas de besoin, le régime de sanction prévu à l'article L. 342-6.

Les avantages de ce dispositif sont les suivants :

- Les associations prestataires d'aide à domicile continueraient à bénéficier d'une inclusion sans restriction dans la loi du 2 janvier 2002 : intégration dans le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, application du régime d'autorisation (selon la procédure simplifiée du dossier justificatif conformément au IV de l'article 11 du décret n° 2004-65 du 15 janvier relatif aux comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale - CROSMS), évaluation périodique interne et externe de la qualité des prestations délivrées, tarification selon un mécanisme de tarifs horaires, application du droit des usagers et des modalités de contrôle de droit commun.

Il n'y aurait donc aucun changement pour ces catégories d'opérateurs si ce n'est un allègement de procédures entre l'autorisation relevant du code de l'action sociale et des familles et l'agrément qualité du code du travail, l'autorisation valant automatiquement agrément dès lors qu'est respectée la condition d'activité exclusive prévue par l'article L. 129-1.

- Les autres opérateurs privés se verraient exonérés de deux contraintes figurant dans la loi du 2 janvier 2002 : la planification et l'autorisation, étant entendu que les autres dispositions leur restent applicables (droit des usagers, dispositions relatives aux contrôles et mécanisme d'évaluation périodique) et qu'en particulier ils se voient appliquer les dispositions de l'article L. 331-1 relatif au contrôle en matière de protection des personnes, tel que modifié par l'article 35 du projet d'ordonnance.

La nouvelle procédure, plus légère, de l'agrément qualité et le mécanisme de libre fixation des prix au moyen d'un contrat régulé par la DGCCRF constitue donc un dispositif plus libéral, mieux adapté à ces catégories d'opérateurs et de nature à favoriser, dans des délais brefs, des créations d'emplois de services d'aide à la personne. Bien qu'allégée, cette nouvelle procédure ne doit conduire à aucune baisse du niveau de qualité des prestations offertes.

Ainsi, la future ordonnance prolonge la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale qui élargit le champ d'activité des services à la personne, clarifie et simplifie les procédures d'agrément selon des modalités fixées par un décret en Conseil d'Etat, lequel détaille notamment les conditions particulières auxquelles sont soumises les associations et entreprises dont l'activité porte sur la garde d'enfants ou

l'assistance aux personnes âgées, handicapées ou dépendantes. Ce décret précise que l'exigence de qualité nécessaire à l'intervention des associations et entreprises est équivalente à celle requise pour les mêmes publics par la loi du 2 janvier 2002 (article L. 129-17- I nouveau du code du travail). Le projet de décret, en cours de publication après son examen le 13 septembre par la section sociale du Conseil d'Etat,

- prévoit que l'agrément simple est délivré sous 2 mois par le préfet de département, que l'agrément qualité est délivré sous 3 mois par le préfet de département après avis du président du conseil général et que le respect d'un cahier des charges qui décrit les exigences de qualité, équivalentes à celles prévues par la loi du 2 janvier 2002, auxquelles doivent se conformer les gestionnaires est une condition requise pour l'obtention de l'agrément qualité ;

- encourage la constitution de réseaux capables de garantir l'homogénéité de la qualité dans l'ensemble de leurs antennes : la tête de réseau dépose une demande d'agrément pour l'ensemble de ses antennes qui donne lieu à consultation des PCG des départements de chaque antenne ;

- prévoit que l'autorisation (code de l'action sociale et des familles) vaut agrément qualité (code du travail), dès lors que le service répond à la clause d'activité exclusive à domicile, et emporte réductions d'impôt (article 199 sexdecies du code général des impôts) et exonération des charges patronales d'assurances sociales (article L. 241-10 du code de la sécurité sociale).

Faire évoluer les dispositifs de financement : les évolutions de la répartition du concours APA

En matière de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie, il était prévu que la solidarité nationale prenne en charge le tiers du coût du dispositif, au moins pour la période de montée en charge de la prestation, et les départements les deux tiers restants. Ou encore que le surcoût engendré par le dispositif, en sus du montant des dépenses de prestation spécifique dépendance (PSD) et d'allocation compensatrice tierce personne (ACTP), soit pris en charge à parité par les départements et le fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (FFAPA).

Le rapprochement entre les prévisions et l'exécution peut être synthétisé dans le tableau suivant :

	2002	2003	2004
<i>Prévision de bénéficiaires</i>	500 000	550 000	800 000
<i>Nombre de bénéficiaires</i>	605 000	792 000	865 000
<i>Prévision de dépenses</i>	2,29 Mds€	2,59 Mds€	3,51 Mds€
<i>Dépenses mandatées</i>	1,855 Md€	3,205 Mds€	3,591 Mds€
- <i>dont part FFAPA</i>	0,798 Md€ (43,02 %)	1,323 Mds€ 390	1,339 Md€ (37,3 %)
- <i>dont part département</i>	1,057 Md€	(41,28 %) 1,882 Md€	2,252 Mds€

En termes de montants, à la fin de l'année 2003, le montant des dépenses mandatées était supérieur de près de 24 % à ce qui était estimé (3,205 Mds€ contre 2,59 Mds€). Un phénomène de rattrapage des mandatements en 2003 concernant des opérations de 2002 n'est, au demeurant, pas à écarter compte tenu de la montée en charge rapide de 2002 impliquant des retards dans le traitement des dossiers. Cependant, si on cumule les deux premiers exercices, 2002 et 2003, le total des dépenses prévues était de 4,88 Mds€ à comparer avec 5,06 Mds€ de dépenses effectivement mandatées, soit un surcoût ramené à 3,7 %.

Globalement :

- en 2002, le partage du financement a été conforme aux objectifs : le montant total du concours financier du FFAPA aux départements a atteint 798 M€, soit 36 % du montant des dépenses d'APA et de PSD des départements.

- En 2003, le dispositif financier de l'APA a dû être révisé eu égard à une montée en charge de la prestation nettement supérieure aux prévisions réalisées en 2001 lors de la création du dispositif. L'impasse financière en résultant a nécessité une réforme législative sans laquelle la continuité du service de l'allocation n'aurait pu être garantie. Le recours à un emprunt de 400 M€, autorisé par la loi du 31 mars 2003, a constitué une mesure d'urgence permettant de lever des fonds en attendant une réforme plus profonde du financement de l'APA. Le concours financier du FFAPA ayant atteint 1 323 M€, celui-ci a donc assumé 40 % de la dépense totale, après prise en compte de la dépense résiduelle de PSD (120 M€).

- En 2004, la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et l'affectation durable de ressources supplémentaires constituées par une fraction du produit de la nouvelle contribution solidarité autonomie ont permis de pérenniser le financement de l'APA : le niveau de compensation de la dépense d'APA des départements par la solidarité nationale - via le FFAPA puis la CNSA - a été conforme au niveau observé en 2002 et 2003 (37,3 % rapporté respectivement à 36 % et 40 %).

Outre la redéfinition, en 2004, des critères qui président à cette répartition, la principale évolution de la répartition du concours de la solidarité nationale par le FFAPA réside, en 2003 et en 2004, dans la mise en place d'une règle correctrice unique, destinée à mieux garantir la limitation de l'effort fiscal des départements lié à l'APA, sous forme de la création d'un concours spécifique, distinct du concours général, afin d'abaisser à des niveaux soutenables le taux d'effort fiscal des départements les plus défavorisés :

- concours spécifique de 50 M€ prélevé sur l'emprunt exceptionnel en 2003 pour abaisser à 21 % le taux d'effort fiscal des 20 départements bénéficiaires dont le taux d'effort fiscal dépassait 21 % ;

- un concours spécifique de 40 M€ en 2004, résultant de l'affectation des excédents du Fonds de modernisation de l'aide à domicile, destiné à plafonner le taux d'effort fiscal des départements à un taux qui ne peut être supérieur à 30 %, fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et des collectivités territoriales. Ainsi les règles correctrices prévues par la loi du 20 juillet 2001 (clause de sauvegarde, règle d'écrêtement et garantie de plafonnement de la charge nette) ont été supprimées et remplacées par une règle correctrice unique de plafonnement du taux d'effort fiscal des départements.

390) Dont 50 M€ au titre du concours spécifique visant à plafonner le taux d'effort fiscal lié à l'allocation personnalisée d'autonomie à 21 % en 2003.

Si la dépense d'APA des départements, hors concours du FFAPA, a représenté en moyenne 16,8 % de leur potentiel fiscal³⁹¹ en 2002, ce taux d'effort fiscal³⁹² théorique (sans prise en compte du concours du FFAPA) a varié de 1,4 % à 58,1 % d'un département à l'autre.

Le concours financier du FFAPA a permis de ramener le taux d'effort fiscal moyen des départements à 9 % et d'abaisser le plus élevé d'entre eux à 29,1 %. Ainsi, la répartition du concours a laissé subsister en 2002 des écarts importants entre les départements. L'effet péréquateur du concours a été modeste : seul le rapport entre le taux le plus élevé et le taux moyen a été réduit, le rapport entre le taux le plus élevé et le taux le plus bas restant identique.

En 2003, le taux d'effort fiscal avant prise en compte des concours du fonds a varié entre 4,2 % et 93,6 % environ, le taux moyen se situant à 26,7 %. Après répartition du concours général, ce taux s'est inscrit dans une fourchette comprise entre 2,1 % et 49,3 % environ, la moyenne étant de 15,4 %. On constate donc à nouveau, à ce stade, un effet péréquateur modeste.

Après répartition du concours spécifique de 50 M€ distribué aux départements dont le taux d'effort fiscal dépasse 21 %, la fourchette des taux d'effort fiscal a été ramenée à un intervalle compris entre 2,1 % et 21 %, le taux moyen passant à 14,2 %. Le concours spécifique a donc nettement amélioré l'effet de péréquation du FFAPA.

Le financement de l'APA ne devrait pas connaître de tensions majeures en 2005 et 2006, compte tenu que la phase de montée en charge du dispositif semble achevée (on dénombre, au 30 juin 2005, 891 00 bénéficiaires soit une hausse de 3 % par rapport au 31 décembre 2004) dans le contexte actuel du poids démographique de la population des plus de 75 ans. Passé 2007, la situation est plus incertaine avec l'arrivée massive dans le dispositif des classes de l'entre deux guerres.

Dans l'hypothèse de la recherche d'un financement supplémentaire pour maintenir à une hauteur inchangée (de 36 % à 40 %) la part du concours général aux départements pour le financement de l'APA face à la croissance des dépenses du dispositif, le relèvement du taux réduit de CSG appliqué aux revenus de remplacement (taux maximal

391) L'article L.3334-6 du Code général des collectivités territoriales définit le potentiel fiscal d'un département comme le produit des bases départementales des quatre taxes directes locales (taxe d'habitation, taxe foncière sur les propriétés non bâties, taxe foncière sur les propriétés bâties et taxe professionnelle) et des taux moyens nationaux d'imposition de chacune de ces taxes.

392) Défini comme le rapport entre la dépense d'APA et le potentiel fiscal.

de 6,2 % contre 7,5 % sur les revenus d'activité) constitue une des propositions possibles, le rapprochement des taux entre revenu d'activité et revenu de remplacement pouvant être affecté à cet objet. C'est une des propositions du rapport de la mission conjointe IGF/IGA/IGAS chargée, en 2003, d'évaluer l'application de la loi du 20 juillet 2001.

En tout état de cause, sans remettre en question la solidarité assurée par les fonds publics, il semble inéluctable, pour faire face à l'ampleur du phénomène sur le long terme, de rechercher des solutions de complémentarité. De la même manière que le développement de la sécurité sociale n'a pas rendu caduques les complémentaires santé, l'allocation personnalisée d'autonomie ne rend pas caduc le recours à une assurance dépendance. De surcroît, l'accroissement du travail des femmes, qui limite le vivier potentiel des aidants naturels, et l'arrivée d'une nouvelle génération de retraités soucieuse de préserver son indépendance constituent sans doute des conditions favorables au développement de l'assurance privée en complément des aides publiques. Cotiser et souscrire une assurance dépendance est alors le moyen de faire face à l'augmentation du reste à charge résultant de l'aggravation de la perte d'autonomie.

Au vu de ces considérations, le Gouvernement étudie la possibilité d'encourager le développement de l'assurance dépendance, à la fois sous forme de contrats individuels et de contrats collectifs d'entreprise.

Ces dernières années, les législations sociales tentent de mieux répondre à la demande sociale en ajustant les prestations, aides et accompagnements aux besoins de chacun et plus particulièrement à ceux des personnes fragilisées par l'âge, le handicap, leur situation familiale ou sociale, en substituant à des prises en charges standardisées une logique de « sur mesures », appelant une gamme diversifiée de prestations épousant la spécificité et l'éventail des besoins des personnes qui en bénéficient.

Dans le secteur de l'action sociale en direction des personnes âgées dépendantes, appelé à connaître une forte expansion, trois principes clefs constituent le fondement d'une meilleure adaptation de l'offre de services : garantir le continuum des prises en charges, assurer une prise en charge globale et coordonnée, apporter une réponse individualisée et diversifiée. Ils fédèrent les textes récents définissant de nouveaux dispositifs destinés à surmonter les faiblesses et insuffisances passées, à promouvoir une réglementation plus souple et à développer les coopérations et les complémentarités.

▪ *Les faiblesses du secteur relevées par la Cour*

Dans son rapport, la Cour fait le constat de plusieurs faiblesses nécessitant des évolutions et un accompagnement par les pouvoirs publics :

- les divers opérateurs (gestionnaires d'EHPAD, de SSIAD et de services d'aide et d'accompagnement à domicile) fonctionnent de façon trop dispersée, cloisonnée et mal coordonnée avec le dispositif sanitaire ;

- les prises en charge sont encore insuffisamment diversifiées et le recours à des hébergements trop souvent privilégié au détriment des accompagnements à domicile et en milieu ordinaire de vie ;

- les modes de gestion du secteur restent trop « archaïques », et ce, à un double titre :

→ au niveau des établissements, des efforts de rationalisation de leur gestion restent à opérer, notamment en matière de ressources humaines et d'organisation des services généraux et logistiques ;

→ au niveau national, pour le secteur associatif, le mécanisme d'agrément des conventions collectives et de leurs avenants (composante déterminante dans la formation des coûts) présente un caractère d'opacité dès lors que l'approbation ou le rejet de ces avenants ne reposent pas sur une appréciation juste de leurs conséquences financières, faute d'un système d'information suffisamment fiable.

- la professionnalisation des agents de ces établissements et services reste à conforter (tant pour ce qui concerne les directeurs que pour les autres professionnels) et la modernisation des métiers, aujourd'hui bien enclenchée, doit être poursuivie, désormais dans un contexte de décentralisation accrue pour ce qui est des professionnels sociaux.

▪ *Les quatre principaux objectifs à poursuivre*

Pour remédier à ces insuffisances, les principaux objectifs sont les suivants :

- regrouper ou mettre en réseau les multiples structures en organisant soit des mises en commun de moyens générant des économies d'échelle, soit des complémentarités en fonction des savoir faire des établissements et services favorisant la délivrance des prestations épousant des besoins plus spécifiques (personnes présentant une détérioration intellectuelle notamment).

- favoriser la diversification et la modularité des prises en charge au sein de chaque établissement ou service, en encourageant l'élargissement de leur gamme lors d'extensions de capacités (création de services d'hospitalisation à domicile, de SSIAD, de services d'aide à domicile, de services polyvalents d'aide et de soins à domicile, reconversions partielles de places à temps complet en accueils de jour, accueils temporaires, notamment pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer).

- rationaliser la gestion des établissements et services et améliorer l'intelligibilité de la formation des coûts dans ce secteur : réforme de la procédure d'agrément des accords collectifs du secteur associatif.

- poursuivre la professionnalisation des acteurs du secteur : qualification des directeurs, réflexions sur les « métiers du grand âge », ré-ingénierie des diplômes, développement de la validation des acquis de l'expérience (VAE).

Une série de textes récents concourt à ces objectifs, au développement de services de proximité, à la continuité et à la qualité des prises en charge, au décloisonnement des dispositifs et à la mise en place d'outils de coopération favorisant synergies, complémentarités et mises en commun de moyens ouvrant sur la constitution de réseaux coordonnés :

- le décret du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées, très adapté à la situation des personnes âgées présentant une détérioration intellectuelle ou atteintes de la maladie d'Alzheimer ;

- le décret du 25 juin 2004 qui définit et précise les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers (SSIAD), des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) associant aides non médicalisées aux personnes et soins coordonnés ;

- les décrets du 30 décembre 2004 relatifs à l'accueil familial des personnes âgées et des personnes handicapées par des particuliers qui rénovent ce mode d'accueil en améliorant les rémunérations des accueillants familiaux désormais soumis à une obligation de formation et en renforçant les droits des personnes accueillies ;

- le décret du 10 février 2005 qui définit les modalités spécifiques, dérogeant au droit commun de la tarification des EHPAD, de médicalisation des petites unités de vie, de nature, d'une part, à promouvoir ce mode d'accueil innovant et, d'autre part, à développer des formules souples d'accueil de jour particulièrement adaptées aux personnes âgées dépendantes, atteintes de la maladie d'Alzheimer ou présentant d'autres formes de détérioration intellectuelle ;

- le décret du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées crée l'obligation pour tous les EHPAD de se doter d'un médecin coordonnateur, chargé, dans le cadre du projet de soins de l'établissement, d'harmoniser les pratiques gériatriques et de renforcer leur qualité.

Enfin, de nouvelles dispositions prévoient le développement de formules de coopération entre établissements et services, l'organisation en réseaux des établissements et services sociaux et médico-sociaux et le décloisonnement avec le secteur sanitaire.

L'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles, issu de la loi du 2 janvier 2002, a prévu un large spectre de formules de coopérations entre établissements et services sociaux et médico-sociaux (conventions, GIE, GIP, syndicats inter-établissements, groupements de coopération sociale et médico-sociale, fusions...).

Cet article ouvre en outre à ces établissements la possibilité d'adhérer aux diverses formules de coopération hospitalière régies par le code de la santé publique et permet, réciproquement, aux établissements de santé de s'intégrer aux diverses formules de coopérations sociales et médico-sociales ainsi énumérées.

En la matière, l'objectif poursuivi est d'inciter le secteur associatif à fonctionner de façon mieux coordonnée, en meilleure complémentarité, selon une organisation de mise en commun des moyens favorisant les « économies d'échelle » en matière de gestion et également de manière mieux articulée avec le secteur sanitaire.

Toutefois, l'article L. 312-7 comportait des imperfections ne favorisant pas la constitution de réseaux coordonnés : les syndicats inter-établissements s'avèrent en effet une formule trop lourde et in fine peu praticable, alors que le groupement de coopération sociale représente l'un des modes de coopération les plus souples pour autant qu'il ne soit pas exclusivement cantonné à la mise en commun de services logistiques (restauration, buanderie, entretien...).

C'est pourquoi l'article 94 de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées est venu élargir le périmètre d'activités de ces groupements de coopération sociale ou médico-sociale en leur permettant des interventions communes de professionnels auprès des usagers, la possibilité de mettre en œuvre des fusions et regroupements entre leurs membres, d'associer à ces missions les établissements de santé concernés et, le cas échéant, des professionnels de santé libéraux par voie conventionnelle.

Le décret venant en application de ces nouvelles dispositions est actuellement soumis à la concertation et sera publié à l'automne 2005 ; il favorisera le développement de réseaux gérontologiques coordonnés et le regroupement de certains établissements de petite capacité.

En outre, de tels regroupements seront donc de nature à faciliter la mise en place du décret relatif à la qualification des directeurs d'établissements et services, prévu par la loi du 2 janvier 2002. En effet, le regroupement des structures leur permettra d'atteindre une taille critique favorisant la rentabilisation de l'emploi de directeurs très qualifiés, gage d'amélioration de la gestion de ces établissements et d'accroissement de la qualité des prestations délivrées aux usagers.

Trois politiques esquissent la nouvelle « donne », fondée sur la diversification des prises en charge et le travail en réseau, qui résulte de l'ensemble des décrets précités et qui doit être généralisée.

▪ Comme l'indique la Cour, dans le domaine de la prévention et de la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables, les grandes lignes d'une dynamique irréversible ont été tracées en 2001 et 2002. Les objectifs à atteindre ont, depuis, été plus clairement définis. Des outils, des procédures, des dispositifs et programmes ont été mis en œuvre même si beaucoup reste à faire pour développer la transversalité (personnes âgées/personnes handicapées), les partenariats, la coordination des actions au niveau départemental et pour promouvoir une culture de prévention et de gestion des risques de maltraitance.

Il convient de souligner, dans cette phase de lancement de la politique nationale en direction des adultes vulnérables (2001-2005), la mobilisation des services déconcentrés du ministère (DDASS et MRIICE), certes variable selon les départements mais bien réelle, comme en témoignent les statistiques relatives aux signalements de maltraitance en institution, qui progressent de 179 en 2001 (dont 8 % dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées) à 457 en 2004 (dont 40 % en EHPA), et aux inspections, qui passent de 616 en 2002 à 830 en 2004.

▪ Le maillage du territoire par les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et la mise en place d'un dispositif de coordinations gérontologiques locales, reposant sur une triple logique de proximité, d'accès facilité aux droits et de mise en réseau des professionnels et des acteurs locaux, ont fait l'objet, la Cour en donne acte, d'un pilotage actif de l'Etat. A la veille du transfert du pilotage des CLIC sous la seule responsabilité des départements, 517 CLIC labellisés conjointement par les services de l'Etat et des départements étaient recensés fin 2004.

La nouvelle étape intervenue le 1^{er} janvier 2005 permet d'accentuer encore l'enracinement des CLIC au sein des territoires et d'assurer leur pleine intégration dans les dispositifs départementaux, en articulation avec les équipes médico-sociales départementales. Dans ce cadre, sont organisés :

- le transfert aux départements des crédits consacrés par l'Etat au cofinancement des CLIC (17,2 M€) au titre de la compensation des charges, de telle sorte que la dynamique de développement du dispositif soit bien prise en compte. Un droit à compensation provisionnel a été notifié aux départements le 11 février 2005 par la DGCL ; la commission consultative pour l'évaluation des charges (CCEC), réunie en formation des départements, adoptera, le 9 novembre prochain, l'arrêté interministériel fixant, département par département, le montant définitif du droit à compensation au titre du transfert des CLIC aux départements ;

- la passation des conventions entre le représentant de l'Etat, le département et chacun des CLIC labellisés au 31/12/2004 destinées à « acter » la poursuite d'activité des CLIC existants ;

- la mise en place d'un portail internet sur les CLIC, intégrant un système d'informations accessible et partagé permettant de suivre le développement et l'achèvement de la couverture des territoires par les CLIC ;

- la réflexion sur les deux axes de travail encore à consolider pour permettre aux CLIC de jouer pleinement leur rôle de mise en cohérence et de décloisonnement des politiques : l'articulation des CLIC avec les acteurs de santé d'une part, l'articulation des CLIC avec les acteurs du handicap dans le domaine de l'habitat, d'autre part.

▪ La politique d'aide aux aidants à domicile sera résolument développée, la famille et l'entourage demeurant, et de loin, le premier dispositif de soutien à domicile. Si le plan « vieillissement et solidarités » traduit un effort substantiel pour le développement de dispositifs « relais » permettant aux familles de connaître un répit et de prévenir les situations d'isolement, d'enfermement et d'épuisement au travers de la programmation de 13 000 places supplémentaires d'accueil de jour et d'hébergement temporaire d'ici à 2007, il importe de diversifier résolument l'action de soutien en faveur des familles en instaurant des groupes de parole, des sessions de formation et en mettant à l'étude l'instauration d'un « congé de soutien familial » destiné à permettre à tout salarié qui le souhaite de s'occuper d'un ascendant devenu dépendant ou parvenu en fin de vie.

Simplifier l'organisation administrative et organiser le pilotage de la politique publique en faveur des personnes âgées dépendantes

La Cour estime que la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ne semble pas de nature à simplifier le système de pilotage de la politique publique en faveur des personnes âgées dépendantes et pointe la complexité des circuits de décision et de financement.

L'Etat, dont les administrations compétentes pour piloter la mise en œuvre de la politique vieillisse peinent à coordonner leurs actions, est invité à recentrer l'activité de ses services déconcentrés au niveau régional sur des missions de contrôle, d'évaluation et de prospective, à clarifier et à mieux articuler au niveau régional les rôles respectifs du préfet (DRASS) et de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) ainsi qu'à développer une coopération plus active avec les autorités

départementales, qui doivent encore beaucoup progresser pour assumer pleinement leur rôle en matière de planification et de programmation, pour parvenir à davantage de cohérence entre les planifications sanitaire et médico-sociale.

Créée par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, confortée et dotée de compétences élargies par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la CNSA exerce désormais les neuf missions énumérées à l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles tandis qu'une convention d'objectifs et de gestion fixe, pour les années 2006-2009, les engagements réciproques de l'Etat et de la Caisse dans les domaines entrant dans le champ de compétence de cette dernière.

Ainsi, face aux éléments de complexité relevés par la Cour, on fera valoir la qualité d'opérateur unique de la CNSA dans les champs du handicap et de la perte d'autonomie pour le compte de l'Etat, de nature à surmonter la dispersion actuelle des interventions de l'Etat et de l'assurance maladie, à assurer une vision d'ensemble des financements publics consacrés à la perte d'autonomie et à améliorer le pilotage opérationnel des politiques publiques de la vieillesse et du handicap, dans le cadre d'une convention d'objectifs et de gestion garante de leur cohérence et de leur bonne articulation au moyen d'indicateurs de performance et de tableaux de bord de suivi et de résultats.

- Un premier niveau de pilotage, conduit par les ministres compétents et leur administration centrale, définit le contenu et les priorités des politiques gérontologiques et du handicap : conception générale des politiques menées, productions législatives et réglementaires en découlant, priorités à mettre en œuvre en matière de réponses aux besoins.

- Un second niveau, conduit par la CNSA, organise le pilotage opérationnel des politiques ainsi définies. L'établissement public national constitue le « bras armé » des pouvoirs publics pour appliquer ces politiques : s'il ne comble pas toutes les lacunes dans les fonctions de conception, il a, dans un contexte de décentralisation accrue, un rôle fédérateur, qui relève bien d'un établissement spécialisé plutôt que d'une action directe de l'Etat, et pour objet d'être, sous la tutelle de l'Etat, l'outil unique de mise en œuvre, de coordination et de centralisation et de répartition des moyens dans le cadre de la procédure de programmation financière prévue par la loi du 11 février 2005 (programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), outil dressant les priorités de financement de

création de places nouvelles au titre de leur médicalisation), étroitement articulée à la démarche de planification (volet gérontologique du schéma d'organisation sociale et médico-sociale).

La CNSA, par son organisation et ses missions, consacre une nouvelle étape dans le pilotage des politiques d'action sociale par la nécessaire articulation entre l'Etat, garant de l'égalité de traitement au plan national, et les collectivités départementales, niveaux de gestion et de proximité les mieux adaptés pour répondre aux besoins très divers des personnes dépendantes.

Ainsi, le schéma stratégique qui résulte des lois du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales et du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées peut-il se décliner ainsi, en termes de répartition des responsabilités :

- L'Etat fixe la politique publique en faveur des personnes âgées et définit les grandes orientations nationales : plan « vieillissement et solidarités », plan Alzheimer et maladies apparentées 2004/2007, plan des services aux personnes âgées, programme de lutte contre la maltraitance, plan à plus long terme sur le financement de l'investissement dans les EHPAD (commande au Commissariat général du Plan à échéance 2010/2015 et 2025) ;

- La CNSA regroupe l'ensemble des moyens dévolus par l'Etat à la politique personnes âgées (contribution de solidarité autonomie, 0,1 point de CSG, ONDAM médico-social...) et devient l'opérateur financier unique de l'Etat (lois du 30 juin 2004 et du 11 février 2005) ;

- Le département, qui, ainsi que le souligne la Cour, dispose d'une compétence générale et renforcée, met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées qui nécessite des réponses de proximité : à ce titre, le PCG arrête seul, après concertation avec le préfet et avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-social (CROSMS), le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale qui s'articule au schéma d'organisation sanitaire, lequel intègre une filière gériatrique ; il coordonne les actions menées par les différents intervenants, en s'appuyant notamment sur les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), et définit les territoires d'intervention (art. 56 de la loi du 13 août 2004) ;

- *Le schéma est obligatoire ; il intègre les propositions du préfet en ce qui concerne la médicalisation des établissements et services ; le préfet supplée aux carences éventuelles du président de conseil général en matière de schéma (art. 50 de la loi du 13 août 2004). De surcroît, la mise en place du PRIAC ne pourra qu'inciter les départements à se doter de schémas régulièrement mis à jour ;*

- *Le niveau régional, dont la Cour note l'intérêt pour « procéder à des comparaisons entre les départements de la région », devient un point focal du dispositif, lieu d'impulsion, de coordination, de programmation et d'arbitrage : la programmation pluriannuelle des priorités en matière de médicalisation des établissements et services s'opère au niveau régional, au travers du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie établi et actualisé annuellement par le préfet de région, en liaison avec les préfets de département concernés (PRIAC - article 58 de la loi du 11 février 2005 qui complète par un article L. 312-5-1 l'article L. 312-5 du CASF relatif à l'élaboration des schémas d'organisation sociale et médico-sociale).*

Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie est un nouvel outil de régulation et de programmation financière ; il constitue un vecteur essentiel à la cohérence d'ensemble, qui faisait défaut jusque-là, et devrait contribuer à la généralisation rapide des schémas départementaux.

Cet outil dressera pour les établissements et services précités une liste des priorités financières en tenant compte à la fois :

- *du contenu des schémas départementaux et régionaux d'organisation sociale et médico-sociale ;*
- *des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire, au titre de la nécessaire articulation du sanitaire et du médico-social.*

La CNSA tiendra largement compte de cette programmation financière régionale pour fixer la dimension des enveloppes régionales et départementales de crédits. S'agissant des établissements à double tarification « préfet-PCG », le programme interdépartemental contribuera à renforcer la cohérence des financements à la charge des départements, dès lors que les exécutifs départementaux seront associés à l'élaboration de ce nouvel outil - le PRIAC est actualisé en tenant compte des schémas départementaux - et informés de son contenu.

Le champ de pertinence de ce programme interdépartemental est limitativement fixé par la loi sur la base de quatre critères :

- un accompagnement équilibré sur l'ensemble de la région de toutes les formes de handicap et de dépendance ;*
- une répartition équitable des moyens afin de résorber les disparités observées dans les taux d'équipement des départements d'une même région ;*
- une prise en compte des handicaps de faible prévalence ;*
- une articulation du dispositif médico-social avec l'offre sanitaire, dont la Cour rappelle à plusieurs reprises l'importance.*

Ce programme interdépartemental est élaboré par la DRASS et arrêté par le préfet de région après avis des sections compétentes du CROSMIS incluant l'ensemble des exécutifs départementaux. C'est aussi la DRASS qui participe à la confection des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) : ainsi le PRIAC implique nécessairement une bonne articulation au niveau régional des DRASS et des ARH.

Les quatre principales avancées attendues du programme interdépartemental :

- la transparence et la lisibilité pluriannuelle des choix financiers découlant, d'une part, des orientations du « volet Etat » des schémas départementaux et des orientations de la synthèse opérée dans le cadre régional, d'autre part, de la dimension de l'enveloppe de crédits finançant les établissements et services pour personnes âgées ;*
- un bon équilibre des politiques médicalisées de proximité entre les accompagnements à domicile et les accueils en institution. L'objectif est de favoriser une diversification de l'offre d'établissements et services dans des proportions adaptées à la multiplicité des besoins formalisés dans des plans d'aide individualisés. Cet outil doit également s'articuler avec le SROS ;*
- la prise en compte des besoins de « moyenne proximité » qui se mesurent de façon plus pertinente au plan régional pour certains types de handicaps (handicaps rares, autisme, traumatisés crâniens) ou pour certaines catégories de structures (UEROS, centres de ressources, CRP) ;*

- la compilation des besoins permettant d'affiner les demandes de mesures nouvelles sollicitées dans les PLFSS et les PLF et de déterminer la périodicité des plans pluriannuels nationaux de création de places en découlant.

Ainsi la convention d'objectifs et de gestion Etat / CNSA et le programme interdépartemental d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie constituent ils de nouveaux outils de pilotage pour l'Etat qui est en mesure de fixer des objectifs, de déterminer des indicateurs et de procéder à une évaluation au regard des résultats physico-financiers.

Les recommandations de la Cour

D'ores et déjà, outre les éléments présentés ci-dessus sur l'évolution des dispositifs de financement de la prise en charge de la dépendance, un certain nombre de recommandations de la Cour sont en cours de mise en œuvre.

La Cour souligne le besoin de connaissance sur le secteur de l'aide à domicile (intervenants), le suivi des formations (DEAVS) et l'évolution de l'offre en matière de places d'hébergement temporaire et d'offres de soins en infirmiers libéraux et en SSIAD. Parmi les opérations mentionnées par la Cour, les suivantes sont programmées par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) dans son programme de travail 2006 :

- un suivi annuel des formations du social ;
- un suivi quadriennal des SSIAD et des soins dispensés par les infirmiers libéraux (données CNAM) ;
- un suivi du nombre de places en hébergement temporaire à partir des enquêtes quadriennales EHPA ;
- le lancement d'une enquête sur les intervenants à domicile en 2006-2007, avec la constitution d'un comité de pilotage à partir de fin 2005.

Par ailleurs, en 2006, une enquête sur les conditions d'accueil et de prise en charge dans les établissements pour personnes âgées sera réalisée. Cette enquête, dont une partie pourra être spécifique aux personnes récemment entrées en établissement, pourra notamment permettre de mieux cerner les trajectoires des personnes et fournir quelques éclairages rétrospectifs sur les parcours d'entrée en établissement.

En outre, s'agissant des bénéficiaires de l'APA, la DREES organisera à partir de 2006 une remontée d'informations individuelles (sur échantillon) afin de pouvoir mesurer les évolutions quant aux âges d'entrée et de sortie de la prestation. Il n'est par contre pas prévu d'opération spécifique concernant le suivi des personnes les plus fragiles (GIR 1 et 2).

Enfin, à plus long terme, la DREES et l'INSEE ont programmé, en 2008-2009, le renouvellement de l'enquête HID, à la fois à domicile et en établissement.

- la mise en place d'un tableau de bord trimestriel organisant le suivi des créations et des ouvertures de places d'accueil de jour, d'hébergement temporaire et de SSIAD et des financements correspondants, au titre notamment du plan « vieillissement et solidarités » (circulaire du 18 février 2005 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2005 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées);

- la mise en place, à la DGAS, d'un système permettant la remontée régulière d'information concernant la délivrance des diplômes d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) : la DGAS dispose d'un tableau de suivi sur l'obtention du DEAVS alimenté par les DRASS. Le nombre de DEAVS délivrés en 2003 et 2004 est disponible : en 2003, sur 4 968 candidats ayant présenté un dossier de VAE devant un jury, 1 566 (31,52 %) ont obtenu le DEAVS dans son intégralité. Ces chiffres sont respectivement de 8 137 et de 3 192 (39,23 %) en 2004. Le nombre total de DEAVS délivrés (après formation + VAE) s'élève à 3 153 - dont 1 587 après formation - en 2003 et 6 990 en 2004, dont 3 798 après formation ;

- l'introduction des critères liés à la présence du secteur libéral (effectifs d'infirmiers libéraux) dans la répartition des enveloppes de crédits affectés aux SSIAD (campagne budgétaire 2006) et aux taux de refus des prises en charge (rapport d'activité des SSIAD - arrêté du 27 juillet 2005) ;

- la suppression de la procédure d'agrément préfectoral pour les services prestataires désormais autorisés par les départements (article 5 du projet d'ordonnance prise pour l'application de la loi du 9 décembre 2004 de simplification du droit, qui vient à l'examen de l'assemblée générale du Conseil d'Etat le 20 octobre 2005) ;

- la réalisation d'une étude de la Caisse des dépôts et consignations sur « technologies de l'information et de la communication (TIC) et APA », en vue de développer les systèmes de télégestion des interventions à domicile pour améliorer le contrôle d'effectivité de l'APA ;

- la redéfinition du rôle des USLD (définition des unités de soins prolongés) conformément aux dispositions de la loi du 24 janvier 1997 : le moratoire d'un an décidé (PLFSS pour 2006) pour la mise en application de l'article 59-I de la loi du 11 février 2005, qui a opéré le transfert des dépenses d'USLD dans l'objectif géré par la CNSA, sera mis à profit pour opérer une redéfinition des soins de longue durée et procéder à la répartition des patients et des enveloppes correspondant à leur prise en charge entre les champs sanitaire et médico-social. Une mission d'accompagnement est confiée à l'IGAS (lettre de mission ministérielle du 25 juillet 2005) qui animera le groupe de travail national chargé de conduire ce travail;

- l'évaluation des créations de places supplémentaires dans les prochaines années au regard des réalités locales analysées dans les schémas gérontologiques (mission de prospective en cours, confiée au Commissariat général du plan) ;

- l'extension au secteur de l'aide à domicile du travail de projection des besoins en équipements déjà engagé pour les établissements : A la suite de la remise, le 12 juillet 2005, du premier volet du rapport du Commissariat général du Plan relatif à la mission de prospective sur les besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes, portant sur la détermination du nombre de places à créer en 2010, 2015 et 2025, le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille a recadré la commande du Gouvernement. Face à la nécessité d'un développement simultané et complémentaire des offres de services de maintien à domicile et des capacités d'hébergement en maisons de retraite, il a demandé au Commissariat général du Plan, par un courrier du 24 août 2005, d'approfondir un scénario équilibré comportant le développement d'une offre globale portant sur toute la palette des modes de prise en charge à domicile et en établissement et de remettre un rapport unique pour la fin du mois de janvier 2006. Par conséquent, les perspectives seront également tracées en matière d'aide à domicile à échéance de 2010, 2015, 2025 ;

- le développement de travaux sur les investissements à mettre en œuvre (mission de prospective confiée au Commissariat général du plan – 3^{èm} volet) ;

- la mise en place d'un suivi des effets de la réforme de la tarification sur la qualité des installations et celle des services rendus aux résidents des EHPAD (réflexion préliminaire de la DGAS pour la mise en place d'un groupe de travail DGAS, DSS, CNSA, DDASS, Conseils généraux) ;

- la rationalisation du champ d'intervention des caisses de retraite et le renforcement de la cohérence de leurs actions avec celles de l'Etat et des départements (COG Etat / CNAV pour 2005-2008 – recentrage de l'action sociale sur les retraités relevant des GIR 5 et 6, y compris en matière de politique immobilière dont l'orientation consiste à accompagner notamment l'évolution du parc des logements foyers pour personnes âgées, mode d'accueil intermédiaire entre le domicile et l'établissement et l'évolution du concept vers un produit d'habitat de résidences avec services) ;

- le développement d'un système d'information fiable permettant de suivre les actions menées et les dépenses réalisées par les départements pour l'APA (COG Etat / CNSA en préparation). Il faut, à ce point, souligner l'utilité et l'intérêt d'une publication annuelle et d'une large diffusion des résultats de mise en œuvre de l'APA département par département (bénéficiaires à domicile et en établissement, dépenses à domicile et en établissement, montant du concours général...) pour leur permettre de se situer les uns par rapport aux autres et pour concourir à la résorption des disparités ;

- le traitement des conséquences des anomalies constatées et non justifiées dans la fixation des dotations de péréquation versées aux départements (décret n° 2005-373 du 20 avril 2005 relatif à la composition et au fonctionnement des instances dirigeantes et du conseil scientifique de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie - article R. 14-10-20 : le directeur de la CNSA peut, après mise en demeure, transmettre les éléments des dossiers litigieux aux chambres régionales des comptes compétentes).

*RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
ET DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE
VIEILLESSE (CNAV)*

La Cour des comptes recommande d'étudier les modalités du regroupement sous une autorité tarifaire unique du financement de l'ensemble des structures intervenant au domicile des personnes âgées en GIR 1-4 (SSIAD et services d'aide à domicile). L'action sociale des caisses n'est donc pas concernée par cette recommandation. Si toutefois le regroupement sous une autorité tarifaire unique de financement concernant également l'aide ménagère aux GIR 5 et 6 était envisagé, les difficultés suivantes seraient à prendre en considération.

Le décret budgétaire et comptable du 22 octobre 2003 fixe les modalités de tarification des structures d'aide à domicile qui doivent appliquer les conseils généraux dans le cadre de l'APA. Ces modalités posent le principe d'une tarification des structures en fonction de la réalité des coûts.

L'action sociale des caisses de retraite n'est actuellement pas soumise aux principes de tarification des services d'aide à domicile instaurés par le décret du 22 octobre 2003 pour deux raisons principales :

- Le caractère extra-légal de l'action sociale des caisses de retraite.*
- Le décret du 22/10/2003 impose les règles de la tarification à l'autorité compétente en matière de tarification à savoir les conseils généraux et non les caisses de retraite.*

Au delà du débat juridique, portant notamment sur la légitimité des conseils généraux pour fixer le niveau de dépenses relevant de la sécurité sociale, cette éventualité amène à formuler les remarques suivantes :

- La tarification au coût réel, si elle constitue en théorie la méthode de tarification optimale, risque d'être inflationniste dans la pratique compte tenu de l'impossibilité de vérifier la "vérité des coûts".*
- L'application à la branche retraite du principe de la tarification au coût réel risque d'entraîner une augmentation significative du coût moyen horaire de l'aide ménagère. Or, il est peu probable que le budget d'action sociale de la CNAV, qui est un prélèvement sur le risque vieillesse, augmente dans les années à venir. Dans ces conditions, l'augmentation du coût horaire se traduira par une baisse du nombre d'heures au détriment des retraités.*

Dans cette perspective d'augmentation du coût moyen horaire de l'aide ménagère, la solution pour éviter la baisse du nombre d'heures serait d'augmenter la participation financière des retraités, ce qui compte tenu du profil de nos bénéficiaires (65% ont un revenu inférieur ou égal au SMIC) apparaît comme une solution peu souhaitable.

- L'application des tarifs fixés par le conseil général aux caisses de retraite pose également la question de la distinction des populations prises en charge.

En effet, le conseil général fixe un tarif pour la prise en charge de personnes âgées dépendantes relevant des GIR 1 à 4, pour lesquelles l'intervention d'un personnel, disposant des qualifications adaptées à ce type de prises en charge, est nécessaire.

Quant à l'action sociale des caisses de retraite, elle s'adresse aux retraités fragilisés et faiblement dépendants dans une perspective de prévention de la perte d'autonomie. Dans ce cas, l'intervention systématique de cette catégorie de personnel qualifié ne semble pas se justifier.

Au regard de ces éléments, la question est de savoir s'il revient aux caisses de retraite de financer un personnel qui a plus vocation à intervenir auprès de personnes âgées dépendantes qui relèvent de la compétence des conseil généraux.

La Cour souligne, dans son rapport, que le champ d'action de la branche retraite comporte d'importants recouvrements de compétences avec les départements en prenant les exemples de l'habitat qui peut être financé par l'APA et de l'aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH) qui répond à la même logique que l'APA d'urgence.

A ce sujet, il est important de rappeler que le Conseil d'administration de la CNAV a décidé que certaines aides (aide à l'habitat, hébergement temporaire) peuvent effectivement être attribuées à des retraités relevant des GIR 1 à 4 à la condition expresse que leur plan d'aide APA ait été utilisé dans son intégralité. En outre, la possibilité d'attribuer ces aides à des personnes relevant des GIR 1 à 4 fait suite à une demande des pouvoirs publics dans le contexte de la mise en place de l'APA, considérant que les plafonds de l'APA pourraient ne pas permettre de couvrir la totalité des besoins de personnes lourdement dépendantes.

S'agissant de l'ARDH, la CNAV souhaite préciser que cette prestation ne vise pas la même population que l'APA d'urgence. En effet, elle a pour cible les personnes pour lesquelles un pronostic de récupération a pu être établi qui permette de penser que, moyennant un accompagnement, les bénéficiaires pourront recouvrer leur autonomie.

Il est exact que, dans un nombre de cas limité, certaines personnes ont pu bénéficier de l'ARDH alors qu'elles auraient du relever de l'APA dès leur sortie d'hospitalisation. Cette difficulté pourra néanmoins être réduite en sensibilisant plus largement les établissements sur l'importance du pronostic de récupération qui permet d'orienter les personnes vers l'une ou l'autre des prestations. A cet égard, il convient également que les conseils généraux soient très précisément informés, dans le cadre des coordinations départementales, des conditions de mise en place de ces dispositifs.

La Cour précise, dans son rapport, qu'en matière d'hébergement en institution, la CNAV poursuivra durant la COG 2005-2008 ses investissements au profit de l'ensemble des lieux de vie collectifs, y compris les EHPAD, alors que, parallèlement, elle a décidé de recentrer son action sur les personnes âgées relevant des GIR 5 et 6.

La CNAV rappelle qu'en matière d'hébergement collectif, la COG 2005-2008 prévoit un recentrage de la politique de la branche retraite à destination des personnes âgées relevant des GIR 5 et 6. En effet, la CNAV a décidé de contribuer à la définition et à la mise en place d'une gamme de lieux de vie collectifs adaptés aux attentes et aux besoins des retraités encore valides mais fragiles, qui constituent désormais la population cible de la branche.

Dans le cadre de la COG 2005-2008, la CNAV s'est donc engagée à développer les trois axes stratégiques suivants :

- Aider les structures souhaitant développer des mesures d'amélioration de la vie sociale des personnes âgées.*
- Aider la diversification des projets immobiliers permettant des modes d'accueil intermédiaires entre le domicile et l'hébergement permanent en établissement.*
- Aider les structures d'hébergement permanent à développer un cadre bâti de qualité et évolutif permettant aux personnes valides de vieillir dans les meilleures conditions, avec un projet de vie prévoyant les modalités d'accompagnement médico-social répondant aux besoins des résidents (soit dans le cadre de l'établissement, soit au travers de création de filière).*

Pour autant, la mise en place de ces nouvelles orientations nécessite une période de « tuilage » au cours de laquelle, la CNAV sera amenée à poursuivre certains financements sur la base des anciennes orientations.

Dans le cadre de ses recommandations, la Cour souligne la nécessité de rationaliser le champ d'intervention des caisses de retraite et de renforcer la cohérence de leurs actions avec celle de l'Etat et des départements lors du renouvellement des COG ou de la signature d'avenants.

A cet égard, la CNAV signale que le renforcement de la coordination avec les conseils généraux est un des objectifs de la COG 2005-2008 dans le prolongement des actions réalisées au cours de la précédente COG. En effet, la branche retraite s'est engagée, dans le cadre du développement de ses dispositifs d'évaluation des besoins et de la mise en place des plans d'actions personnalisés, à renforcer la coordination avec ses partenaires et plus particulièrement les conseils généraux, afin notamment d'aboutir à une meilleure articulation des prestations servies.

Dans son rapport, la Cour demande que dans le cadre de l'élaboration des schémas gérontologiques départementaux et dans la négociation des COG, la cohérence entre l'action des départements et des caisses de retraite, notamment à l'égard des services d'aide à domicile, soit renforcée.

A ce sujet, la CNAV rappelle qu'elle est favorable à un renforcement de la coordination avec les départements (comme indiqué précédemment, il s'agit de l'un des engagements prioritaires de la COG 2005-2008) mais souhaite souligner la difficulté de sa mise en œuvre. En effet, le renforcement de cette coordination nécessite un travail important pour les caisses régionales qui doivent négocier avec chaque conseil général dans des contextes différents selon les politiques départementales.

*RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA CAISSE NATIONALE DE
SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE (CNSA)*

1. La CNSA, créée par la loi n°2004-626 du 30 juin 2004, modifiée par la loi n°2005-102 du 11 février 2005, a été officiellement installée le 2 mai 2005, et n'a acquis son autonomie de gestion que par l'effet de l'arrêté du 27 juillet 2005, pris pour l'application de l'article L.135-1 du code de la sécurité sociale.

Les observations formulées ci-dessous expriment donc le point de vue d'un établissement public qui débute ses activités dans le champ de la perte d'autonomie des personnes âgées.

2. La CNSA s'inscrit sans réserve dans le double constat qui lui semble traverser l'ensemble des analyses et propositions du rapport : Premièrement, l'enjeu de cette branche de la solidarité collective n'est pas celui d'une maîtrise de la dépense, mais – eu égard aux besoins prévisibles, et à la relative modestie des financements publics par rapport à ceux des autres Etats comparables – celui de la bonne gestion de l'inévitable croissance de ces dépenses.

Deuxièmement, l'un des freins principaux à cette bonne gestion tient aujourd'hui à la complexité générale du système : diversité des sources de financements et nombre important d'acteurs dont les champs de responsabilité sont souvent en interférence.

3. S'agissant du premier point (à savoir les interrogations soulevées par la gestion d'une substantielle croissance à venir des dépenses), la CNSA insiste sur le fait que la dépendance des personnes âgées ne saurait s'envisager indépendamment des autres publics touchés par la perte d'autonomie. Aux horizons de 2010 à 2040 retenus par la Cour, l'ensemble des questions financières et organisationnelles abordées par le rapport ne pourront trouver réponse que dans une approche d'ensemble de la perte d'autonomie, qui sache unifier chaque fois que possible, et distinguer chaque fois que nécessaire, les solutions apportées aux différentes formes de handicap.

4. En conséquence, et s'agissant du second point (à savoir la complexité actuelle des circuits de financement et de la répartition des responsabilités), la CNSA regrette que le rapport présente la création de la caisse comme un simple « élément de complexité supplémentaire », destiné à régler des problèmes de coordination qu'il aurait été possible de résoudre « sans ajouter une structure ».

La création de la CNSA constitue en effet un premier pas vers davantage de lisibilité dans l'identification des sommes consacrées à la couverture collective de la perte d'autonomie (personnes âgées et personnes handicapées). Même s'il est effectivement loin de couvrir l'ensemble des financements publics consacrés aux situations de dépendance, le budget de la Caisse permettra à la fois l'identification et le suivi, dans des conditions de parfaite transparence, d'une part essentielle de cet effort public.

Par ailleurs, le choix, souligné par la Cour, de confier aux collectivités départementales une compétence accrue et globale, tant en matière de coordination gérontologique que sur les réponses de proximité à la perte d'autonomie des personnes handicapées, appelle – dans le respect du principe de libre administration des collectivités locales – des formes de coordination, d'harmonisation de pratiques et d'échanges d'expériences qui relèvent plus naturellement d'un établissement public national spécialisé que d'une action directe de l'Etat.

En somme, et même si la situation actuelle laisse encore perdurer bien des complexités organisationnelles qu'on peut déplorer, la création de la Caisse est un gage de progrès important dans les trois directions essentielles que sont : l'articulation des réponses aux différentes formes de perte d'autonomie (personnes âgées et personnes handicapées), l'articulation des réponses individuelles et des prises en charge institutionnelles (puisque la CNSA assure à la fois la couverture de prestations de compensation et l'allocation budgétaire pour les établissements et services médico-sociaux), et enfin l'articulation d'une réponse de proximité décentralisée et d'un cadre de référence national.

On peut ajouter que, par la composition de son conseil qui rassemble l'ensemble des acteurs concernés, et notamment une forte représentation des usagers eux-mêmes, la CNSA peut jouer un rôle essentiel dans le débat public que le rapport appelle de ses vœux.

5. La CNSA rejoint pleinement la Cour dans le constat qu'elle fait de la dramatique insuffisance des systèmes d'information, et de l'effort considérable qui doit être accompli sur ce point. A ce titre, elle souhaite insister très particulièrement sur les quatre éléments suivants, relevés par le rapport :

Premièrement, la connaissance des besoins est indissociable d'une réflexion sur l'harmonisation des méthodes de planification et de programmation gérontologique. La loi confie sur ce point à la CNSA le rôle d'une agence d'appui aux services déconcentrés de l'Etat, dans leur relation avec les collectivités départementales.

Deuxièmement, pour appuyer efficacement les choix d'équipement et de financement, l'information doit porter sur des données plus fines qu'aujourd'hui, à la fois sur le plan spatial et sur le plan qualitatif. La CNSA souhaite que les « PRogrammes Interdépartementaux d'ACcompagnement du handicap et de la perte d'autonomie » (PRIAC), créés par la loi du 11 février 2005, servent de support à ce recueil d'information.

Troisièmement, la CNSA partage la préoccupation de la Cour sur l'absence de connaissance précise des coûts résiduels pour les personnes âgées elles-mêmes, notamment en ce qui concerne l'hébergement en EHPAD. Elle souhaite pouvoir engager, ainsi qu'y invite le rapport, tous les travaux nécessaires avec les départements, mais aussi avec les administrations de l'Etat qui disposent de moyens d'information spécifiques (DGCCRF, DGI).

Enfin, la CNSA a conscience que cet ensemble d'objectifs doit s'inscrire dans un « schéma directeur » global des systèmes d'information sur la perte d'autonomie, qui garantisse à la fois la globalité de l'approche et l'interopérabilité des données, notamment avec le système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM). Ce point est un élément essentiel des travaux engagés par la Caisse, et fera l'objet d'un chapitre spécifique de la future Convention d'objectifs et de gestion Etat-CNSA.

6. Les différents constats dressés par la Cour sur les modalités de répartition et de gestion du concours du FFAPA au financement départemental de l'APA peuvent servir de guide aux priorités de la CNSA en la matière.

La CNSA partage la préoccupation exprimée dans le rapport sur l'absence de moyens de contrôle des déclarations des départements sur leurs dépenses au titre de l'APA, et ses conséquences sur l'équité de la répartition de la dotation, en l'état actuel des critères qui servent à cette répartition. Elle déplore, comme la Cour, le caractère non exhaustif des réponses aux enquêtes de la DREES. Elle estime, ainsi que le fait le rapport, que la fixation de la dotation de péréquation devrait pouvoir tenir compte des différentes anomalies constatées, notamment à l'issue de la procédure contradictoire introduite par le décret du 20 avril 2005.

Mais la CNSA entend souligner l'insuffisance des moyens légaux dont elle dispose pour assurer sa propre information sur la sincérité des dépenses, et l'impossibilité dans laquelle elle se trouve d'opérer la moindre modulation des dotations, même lorsque les chiffres transmis par un département lui paraissent excessifs ou erronés. Le législateur n'a pas fait le choix d'octroyer à la Caisse des moyens de contrôle réellement dissuasifs. En mettant en avant la faculté d'échange contradictoire

assortie de « mise en demeure » qui est désormais attribuée au directeur de la CNSA par le décret précité, le rapport surestime apparemment la force et la portée de cette procédure. D'abord parce que, sauf information fortuite, le directeur de la Caisse n'a aucun moyen d'être alerté sur l'insincérité d'un chiffre, tant que sa valeur n'est pas grossièrement excessive. Ensuite parce que cette procédure est dépourvue de toute force contraignante et ne va pas au-delà de ce que, même sans texte, il serait possible de faire.

7. Compte tenu de l'impact de chaque dépense départementale sur l'ensemble de la répartition (tant au titre du concours général que des différents mécanismes de péréquation), il est indispensable de disposer d'un moyen juridique permettant de limiter l'impact des dépenses départementales d'APA qui excèdent certains standards.

La solution radicale serait de supprimer purement et simplement ce critère parmi les critères qui servent à la fixation du concours APA. Mais il est vrai que ce critère permet, aujourd'hui, de tenir compte de toute une série de caractéristiques locales des populations âgées qui ne se traduisent pas dans les indices simplement démographiques ou économiques.

A défaut, il conviendrait donc que, lorsque le département concerné n'apporte aucune explication satisfaisante, le directeur de la CNSA ait la faculté légale de fixer ou de plafonner d'office le montant de dépense d'APA qui sert au calcul de la dotation.

8. On ne peut qu'approuver la manière dont la Cour souligne l'importance d'une meilleure articulation entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire (hôpital et soins de ville, notamment soins infirmiers), pour la qualité, l'efficacité et l'efficience de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

On peut en revanche être plus réservé sur la conséquence institutionnelle qu'en tire le rapport, lorsqu'il propose d'élargir le rôle des ARH à la gestion des enveloppes budgétaires relatives aux EHPAD. Une telle évolution, qu'il en faut certainement pas exclure, ne paraît toutefois pouvoir être envisagée qu'à un terme assez distant, et notamment après qu'il aura été possible de tirer les premières conclusions de l'élargissement des compétences des ARH aux soins de ville, dans le cadres des expériences d' « agences régionales de santé » constituées avec les URCAM.

Il ne faut pas sous-estimer, en effet, les conséquences administratives et techniques d'une telle réforme, qui ne pourrait évidemment pas se limiter à une partie seulement des établissements médico-sociaux financés par l'assurance-maladie. Elle reviendrait à mettre à la charge de chaque ARH le suivi budgétaire de plusieurs centaines d'établissements supplémentaires, obéissant à des logiques de tarification très éloignées du savoir-faire développé par les ARH. On peut douter d'ailleurs qu'une telle réforme puisse se conduire sans faire évoluer, au moins pour le suivi de ces établissements, la composition de la commission exécutive des ARH.

9. *Au titre des « points de contact » entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, la CNSA entend relever les remarques faites par la Cour sur la situation des USLD.*

La CNSA regrette qu'une ambiguïté puisse demeurer, à la lecture du rapport, sur le lien qui pourrait exister entre, d'une part, la prise en compte du financement des USLD dans la sous-enveloppe de l'ONDAM dite « ONDAM médico-social », et d'autre part l'éventualité d'une modification statutaire des mêmes USLD, qui leur ferait quitter leur caractère d'établissement de santé pour leur conférer le caractère d'établissement médico-social.

La CNSA estime que la réforme effectuée par la loi du 11 février 2005, qui a inclus l'ensemble des budgets « soins » des USLD dans la même sous-enveloppe ONDAM que les « sections soins » des EHPAD était une bonne réforme, qui permettait à la Caisse – et aux échelons déconcentrés de l'Etat – de porter un regard global sur l'ensemble des financements alloués à la « médicalisation » des structures qui accueillent, de manière durable, des personnes âgées dépendantes.

Cette réforme n'entraînait aucun changement de statut des USLD. Elle ne faisait pas obstacle non plus au travail de « redéfinition » d'une petite partie des lits d'USLD – estimés à environ 10% par le rapport – qui correspondent à des personnes, au demeurant pas toujours âgées, qui sont hébergées pour une longue durée et qui manifestent des besoins particulièrement importants en soins médicaux.

10. *La CNSA attire par ailleurs l'attention de la Cour sur le fait que, contrairement à ce que semble indiquer la conclusion générale du rapport, la définition d'une catégorie de « soins prolongés » ne concerne qu'une minorité de personnes ayant besoin de l'appui immédiat d'un plateau technique ou d'un savoir-faire sanitaires, et non pas toutes les personnes « totalement dépendantes ». D'une part, la très grande dépendance appelle des soins, mais pas nécessairement d'importants soins techniques ; d'autre part, même ces soins techniques peuvent être à*

portée d'un EHPAD dès lors que la personne ne présente pas un risque de décompensation exigeant une véritable permanence de soins, et dès lors surtout que les soins de gériatrie seraient organisés en filière, en privilégiant les différentes formes d'appui hospitalier (HAD en EHPAD, consultations régulières en hôpital de jour, faculté d'intervention des équipes mobiles de gériatrie en EHPAD, etc.).

11. Enfin, la CNSA tient à souligner l'importance que revêt à ses yeux la distinction, très clairement effectuée par le rapport, entre l'effort qu'il va falloir consentir en termes de dépenses « courantes » et l'effort à consentir en termes d'investissement (en places d'EHPAD, de SSIAD, ou de formes alternatives de prise en charge tels que l'accueil de jour ou l'hébergement temporaire).

L'un comme l'autre appellent un renforcement des capacités de projection financière et d'analyse prospective des besoins, qui renvoie notamment au rôle que la CNSA devra jouer dans l'exploitation des différentes données à sa disposition (et notamment l'analyse des PRIAC).

La question de l'investissement soulève toutefois une question particulière, en raison de ce qu'aucune source de financement ne lui est aujourd'hui spécifiquement dédiée (si ce n'est le « tarif hébergement » acquitté par les résidents, l'exécution considérée comme défectueuse des contrats de plan Etat-régions, et les interventions facultatives des conseils généraux et des caisses de sécurité sociale).

La CNSA pourrait se voir reconnaître la faculté légale d'employer à cette fin tout ou partie de ses réserves financières, dans le cadre de programmes d'investissement contractualisés avec chaque département, sur la base d'une analyse des besoins et du parc existant dont elle garantirait l'harmonisation pour l'ensemble du territoire national.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE CENTRALE DE
LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE (MSA)*

L'évaluation du réseau gérontologique citée par la Cour a été réalisée par une société externe « Ariane Santé Social » dont les résultats nous ont été remis en juillet 2003. Or, la durée de l'expérimentation, qui était initialement de 3 ans et dont le terme était fin décembre 2003, a été prorogée d'un an, soit jusqu'au 31 décembre 2004. Ainsi après quatre années de fonctionnement, le réseau a également fait l'objet d'une évaluation interne, dont je vous transmets le rapport final en pièce jointe au présent courrier.

Les résultats confirment ceux de la société externe mais également, et en raison d'une durée d'observation plus longue, complètent l'analyse économique réalisée. Il apparaît en effet que le coût mensuel d'hospitalisation d'une personne adhérente au réseau est sensiblement inférieur à celui d'une personne hors réseau. L'écart constaté tient à la fois à la nature et à la durée des hospitalisations qui sont à la fois moins nombreuses, moins coûteuses et moins longues.

Je souligne également que les nombreux constats et enseignements tirés de cette expérimentation permettent de mettre en évidence les éléments nécessaires à la réussite d'un dispositif de maintien à domicile, en particulier l'accompagnement volontariste des caisses d'assurance maladie, gage d'une application efficiente du dispositif.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA MAISON DE RETRAITE "VUIDET"
A LA CAPELLE (AISNE)*

Mes observations porteront sur le mécanisme du clapet anti-retour (Chapitre II-III-D - Le bilan financier pour les financeurs publics et pour les résidents).

La formulation employée me semble édulcorer quelque peu la réalité en laissant penser que l'établissement et l'autorité de tarification départementale auraient été en quelque sorte mis devant un fait accompli par une autre autorité .

Or, comme je l'ai précisé à Messieurs les magistrats de la CRC de Picardie, cette décision d'imputation du clapet anti-retour en recette en atténuation de la section tarifaire hébergement, a été prise unilatéralement par le Conseil général, compte tenu, nous a-t-on dit et écrit, de l'accord de la DDASS, c'est-à-dire de l'autorité préfectorale.

Il est à noter que cette décision avait été prise, imposée et mise en œuvre au premier trimestre 2002 et qu'elle a généré durant le second semestre nombre de difficultés dans le déroulement de la procédure budgétaire, le Conseil général ayant également pris l'initiative de fixer le montant du clapet alors que cette décision appartenait à Monsieur le Préfet lors de la fixation de la dotation globale de soins, intervenue en juillet.

Je précise que cette imputation en recette à l'hébergement a été confirmée en 2003 et 2004 et qu'elle se maintiendra jusqu'en 2007 exercice au cours duquel le clapet sera apuré.

Enfin il est à noter que sans cet artifice, le tarif 2002 opposable au résident aurait été supérieur à celui de 2001.

Cette disposition a permis de neutraliser l'incidence financière de la RTT, et de la mise en place de la tarification ternaire constituée par un transfert de charges de soins vers la section tarifaire dépendance et l'instauration d'un ticket modérateur (GIR 5-6) à la charge du résident.

REPONSE DU PRESIDENT DU CCAS DE CAEN (CALVADOS)

La transformation en EHPAD des foyers-résidences est parfois impossible compte tenu de la nature de certains travaux à engager, ou d'un coût prohibitif au regard du coût de constructions nouvelles. La réflexion du centre communal d'action sociale de la ville de Caen s'oriente donc vers l'accueil de nouveaux profils de personnes âgées et la mise en place de nouveaux services au sein de ces établissements, permettant à la fois de répondre à des besoins émergents non couverts pour favoriser le maintien à domicile (accueil de jour par exemple) et de maintenir l'offre de service pour ce type d'hébergement en tentant de limiter aux besoins réels de la population.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL DE CORRÈZE

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance quelques remarques ou précisions qu'appellent de ma part certains extraits du rapport de la Cour des comptes concernant notamment le département de la Corrèze :

** Observations relatives au chapitre II – point III – Le bilan (introduction) :*

Concernant le bilan du processus de conventionnement engagé avec les établissements d'accueil pour personnes âgées dépendantes, il est noté dans le dernier paragraphe d'une manière générale que "la complexité et l'absence de maîtrise du processus par les administrations concernées ont emporté des conséquences négatives quant au respect du calendrier des objectifs et du coût prévisionnel pour l'assurance maladie".

Sur ce point, je tiens à souligner qu'en Corrèze, un comité de suivi de la réforme a été installé conjointement par les services de l'Etat et du Département dès février 2001 et qu'une méthodologie partenariale de conventionnement a été initiée et mise en oeuvre aboutissant notamment à une instruction conjointe permettant le respect des délais d'instruction des demandes de conventionnement ainsi qu'à une visite sur place conjointe de tous les établissements concernés par la phase de négociation de la convention. En final, aujourd'hui sur les 48 établissements concernés, 46 conventions ont été signées et les deux dernières sont en cours de finalisation.

Le Conseil général de la Corrèze en ce sens n'a pas pris de retard pour la signature des conventions tripartites et a par ailleurs adopté une méthodologie non seulement conforme aux textes réglementaires mais qui au surplus a permis un véritable travail de fond avec les gestionnaires des établissements portant sur les améliorations à apporter pour chacun d'entre eux afin de mieux répondre aux besoins des résidents tant en ce qui concerne la sécurité (incendie, alimentaire, des lieux et des personnes.....), la prévention des risques et des maltraitances, la qualité des espaces dans le cadre de programmes de restructuration ou de reconstruction, la qualité des prestations et enfin le travail en réseau entre établissement.

A ce jour, il ressort globalement sur notre département, une satisfaction partagée par les différents partenaires à l'issue de ce processus de conventionnement. Parallèlement sur notre département, le Conseil général, dans le cadre de son premier schéma départemental de gérontologie adopté en 1998, a pris des initiatives fortes visant bien avant cette réforme nationale, à l'adaptation de la prise en charge et à l'optimisation de l'accueil en institution des personnes âgées dépendantes.

Ainsi, le Conseil général a adopté d'une part un programme pluriannuel d'aide à la réhabilitation ou à la reconstruction des E.H.P.A.D. habilités à l'aide sociale avec l'octroi d'une subvention à hauteur de 40 % du montant total des travaux, hors équipement pour chaque opération. Il est à noter que cet engagement financier important du Conseil général (avec un montant d'enveloppe pluriannuelle totale de plus de 60 Millions d'euros) prévoyait qu'au préalable chaque établissement ait élaboré son projet d'établissement et son projet de vie, ce qui les a incité à se pourvoir de ces outils institutionnels bien avant que la parution de la loi du 2 janvier 2002 ne les exige.

A ce jour, 2.597 lits sur le département ont fait l'objet d'une aide à la réhabilitation permettant une prise en charge adaptée de la dépendance, soit 79,27 % des 3.276 lits habilités à l'aide sociale.

D'autre part, le Département convaincu que la prise en charge de la dépendance des personnes âgées nécessitait la présence au sein des établissements de personnels aux compétences adaptées, a, par une délibération en date du 19 janvier 1999, permis à ces derniers de recruter des aides médico-psychologiques affectées à la prise en charge des interventions spécifiquement liées à la dépendance et au maintien de l'autonomie. Cette action innovante du Conseil général s'inscrivait dans une démarche qualité et prenait en compte le constat de l'entrée de plus en plus tardive en établissement des personnes âgées.

Ainsi, le Conseil général a contractualisé, dès décembre 1999, avec l'ensemble des établissements (publics et privés) habilités à l'aide sociale, la création de postes (206,5 postes au total) d'Aide Médico-Psychologique (A.M.P.) au profit des personnes âgées les plus dépendantes (G.I.R. 1 à 3 à l'époque) puis étendue au G.I.R. 4 par avenant à la convention après la mise en place de l'A.P.A. en établissement, pour une prise en charge personnalisée des personnes accueillies (aide aux actes essentiels de la vie, mise en place d'animation visant à maintenir l'autonomie,...).

En contre partie, dans le cadre d'une convention passée avec chacun de ces établissements, le Département verse chaque année, sous la forme d'une subvention, une dotation de 28.264,04 € par poste d'A.M.P. conventionné (année 2005). Cette dotation sera revalorisée pendant 2 ans en 2006 et 2007 de 3 % par an. Ensuite, son taux d'évolution sera déterminé annuellement par l'Assemblée Départementale.

Cette action innovante a amélioré incontestablement la prise en charge des personnes âgées dépendantes et a permis à ces établissements d'avoir un taux d'encadrement en personnel plus adapté à une prise en charge individualisée. Enfin, cette intervention du Département, financée sur son budget, traduit aussi la solidarité départementale envers les aînés corréziens dans un contexte de vieillissement très important de sa population (la population corrézienne âgée de 75 ans et plus représente 11,5 % de sa population totale alors que la moyenne constatée au plan national est de 7,1 %).

** Observations relatives au chapitre VII – point II.B. : Les disparités dans le nombre de bénéficiaires de l'APA pour 1000 habitants de 75 ans et plus :*

Concernant les observations de la Cour des comptes relatives au contrôle de l'effectivité des plans d'aide dans le cadre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, vous indiquez que "dans certains des départements examinés, ces contrôles n'étaient toujours pas mis en place en 2004..., dans d'autres, ils étaient encore balbutiants au dernier trimestre 2004.... Un contrôle est également pratiqué sur pièces mais sans croisement avec l'URSSAF chaque trimestre en Corrèze.....".

Je tiens à vous apporter les précisions suivantes :

Au sein de notre département, le contrôle d'effectivité a été mis en place dès 2002. Le contrôle de l'effectivité des dépenses consiste à contrôler systématiquement, sur pièces, l'utilisation de l'A.P.A. à domicile au regard du plan d'aide arrêté. A cette fin, mes services demandent chaque trimestre à chaque bénéficiaire de l'A.P.A. à domicile, les pièces

justificatives des dépenses pour le trimestre écoulé. En l'absence de réception des pièces dans le délai d'un mois, deux rappels sont effectués. A défaut de production des pièces, après le second rappel, le paiement de l'allocation est suspendu. De même, mes services vérifient les pièces justificatives de paiement produites et les comparent avec les sommes versées dans le cadre du plan d'aide, déduction faite de la participation du bénéficiaire.

Le cas échéant, une demande de reversement du trop perçu est notifiée au bénéficiaire de l'A.P.A. en l'absence de production de justificatifs. Ainsi, en 2002, le montant des récupérations sur les versements de l'A.P.A. à domicile, s'est élevé à 428.478,99 € (en 2003 : 362.558,43 € ; en 2004 : 393.300,92 €).

*Enfin, je vous précise qu'en Corrèze, dans le cadre de ce contrôle d'effectivité, un listing des ressortissants de l'URSSAF est systématiquement croisé avec la liste de nos bénéficiaires de l'A.P.A. à domicile tous les trimestres. Au moment de la notification de l'A.P.A. à domicile à chacun des bénéficiaires, un imprimé CERFA 10544*02 lui est transmis pour être complété et renvoyé à mes services. Si la liasse n'est pas réceptionnée par le service dans un délai de 2 mois, le versement de l'A.P.A. est suspendu.*

En dehors de ce contrôle sur pièces, depuis fin 2003, un suivi plus personnalisé est effectué par l'Equipe Médico-Sociale qui détecte les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de certains plans d'aide. Ces difficultés peuvent être repérées à différents stades : lors de la mise en œuvre des plans d'aide par l'équipe médico-sociale, au moment du contrôle sur pièces par le service instructeur ou encore signalé par l'un des intervenants à domicile.

** Observations relatives au chapitre VII – point III.C – Améliorer la couverture du territoire :*

La gérontologie a été et demeure en Corrèze une de nos préoccupations majeures compte tenu notamment de notre démographie et les élus du département, en lien avec les services de l'Etat et les partenaires de terrain, ont toujours eu le souci d'impulser des actions pragmatiques et innovantes afin de réussir l'accompagnement du vieillissement de notre population et notamment de permettre à chaque personne âgée du département de pouvoir trouver la réponse la plus conforme à ses besoins afin de lui permettre de rester à son domicile le plus longtemps possible dans des conditions les plus adaptées ou d'être accueillie dans des établissements d'accueil offrant des prises en charge

de qualité. En Corrèze, les élus du département ont toujours eu à l'esprit qu'ils avaient dans ce domaine un rôle de précurseur à tenir.

La politique gériantologique est avant tout une politique de proximité qui au fil des années a montré toute sa pertinence. En Corrèze, depuis une vingtaine d'années, ont été mises en place sur chacun des 37 cantons des instances de coordination gériantologique (I.C.G.). Ces associations, à un échelon territorial de proximité, offrent un point d'information pour les personnes âgées et leur famille, proposant des services diversifiés d'aide à domicile (portage de repas, aide administrative, transport à la carte, aide ménagère,...) et des actions d'animation (notamment en faveur de la prévention du vieillissement).

Au fil des années, elles ont su diversifier leur offre de service afin de s'adapter aux nouveaux besoins des personnes âgées. Le Conseil général conscient du rôle primordial tenu par ces instances de coordination gériantologique dans l'organisation du maintien à domicile des personnes âgées corréziennes a, au fil des années, dans le cadre de conventions passées avec chacune d'entre elles, renforcé son niveau de financement et encore récemment. Ainsi, comme nous nous y étions engagé, dans le cadre du nouveau schéma départemental de gériantologie, nous avons mis en œuvre, dès 2004, un nouveau conventionnement avec ces instances afin de leur permettre de renforcer leurs actions.

Dans le cadre de cette nouvelle convention d'objectifs et de moyens, le Conseil général de la Corrèze apporte à chacune de ces instances un financement gradué en fonction des services rendus aux personnes âgées. Ce nouveau conventionnement s'est traduit dès 2004, pour chacune des I.C.G. par un doublement du montant de la subvention versée par le Conseil Général.

** Observations relatives au .Chapitre VII – Point III.D – Harmoniser les méthodes d'élaboration et le contenu des schémas :*

La Cour indique que "les Chambres Régionales des Comptes ont fréquemment constaté des lacunes dans le chiffrage des schémas de gériantologie.... parfois le chiffrage est limité à l'hébergement (Corrèze)..... Certains schémas de gériantologie ont prévu un comité de suivi, qui fonctionne effectivement depuis l'introduction du schéma..... Dans d'autres départements, les comités de suivi ont été mis en place tardivement (Corrèze.....)".

* Dans l'annexe « Evaluation des modalités d'élaboration et de suivi des schémas gérontologiques départementaux », pour la Corrèze, la Cour indique comme seul mode d'évaluation des besoins "le bilan du schéma 1998-2003.

Sur ces trois points, je souhaite vous apporter des précisions.

Concernant le contenu de notre schéma de gérontologie, je tiens à vous préciser que le parti pris pour la réalisation de ce schéma qui a été retenu conjointement avec les services de l'Etat, a été que ce schéma constitue avant tout un outil stratégique d'orientation et de cohésion. Ce schéma a été élaboré à partir de l'analyse des dispositifs existants et de la définition des besoins pour les 5 ans à venir en lien avec l'ensemble des partenaires de ce secteur.

Les travaux pour l'élaboration de ce schéma se sont déroulés du mois de Janvier à Décembre 2003 avec la mise en place d'un dispositif comprenant trois instances :

- le comité de pilotage, composé du Préfet du Département et du Président du Conseil Général, a été chargé de déterminer la méthodologie et le calendrier des travaux, de valider les axes de réflexion et la composition des groupes de travail et d'approuver les orientations du schéma. Il s'est réuni à trois reprises (le 20 janvier 2003, le 18 mars 2003 et le 17 novembre 2003)
- le comité technique, composé de 15 membres représentant les secteurs concernés par l'action en faveur des personnes âgées (élus, services de l'Etat (DDASS – DRASS) et du Département, les caisses (CPAM – MSA), représentants des institutions de santé et médico-sociales accueillant des personnes âgées, des associations d'aide à domicile, des usagers et des familles, des professions médicales et para-médicales, des travailleurs sociaux).

Ce comité technique s'est réuni à deux reprises (11 mars 2003 et 4 novembre 2003) pour prendre connaissance du bilan du précédent schéma et proposer les thèmes de réflexion des groupes de travail et enfin pour proposer les orientations et les actions à retenir dans le cadre du nouveau schéma.

Le secrétariat général, organisme opérationnel, chargé de préparer les travaux des 2 comités, d'animer les groupes de travail et rédiger le nouveau schéma en fonction des propositions du comité technique et sous l'autorité du comité de pilotage

Les groupes de travail : les travaux de ce schéma ont été organisés autour de treize groupes de travail dont la composition a été proposée par le Comité Technique et arrêtée par le Comité de Pilotage.

Ces 13 groupes de travail ont réuni 155 participants dont les compétences et les connaissances étaient utiles à la réflexion sur les problématiques de la gérontologie en Corrèze. Ces groupes de travail ont mené leur réflexion autour de quatre thèmes :

- * la coordination des dispositifs,*
- * la personne âgée, un citoyen au cœur du dispositif*
- * la professionnalisation des acteurs,*
- * gérontologie et psychiatrie*

Sur chacun de ces thèmes, les groupes de travail se sont réunis entre deux et cinq fois afin de pouvoir les aborder sous différents angles de vue.

A l'issue de ces travaux et de leur validation, quatre orientations principales ont été retenues :

- développer de nouveaux modes de prise en charge adaptés aux besoins de la personne âgée et renforcer les dispositifs actuels,*
- favoriser l'émergence de bassins de vie permettant la mise en place de filières gériatriques,*
- professionnaliser les acteurs et améliorer constamment la qualité des dispositifs existants*
- promouvoir la citoyenneté des personnes âgées et la solidarité envers les seniors.*

Chacune de ces quatre orientations a été déclinée en fiches-actions précisant pour chacune d'entre elles la problématique, les objectifs poursuivis, les modalités envisagées, les acteurs chargés du pilotage de l'action, les partenaires concernés, les délais de réalisation et enfin les critères d'évaluation de la mise en place des actions.

Une méthodologie de planification a été retenue notamment en ce qui concerne les équipements (places de service de soins infirmiers à domicile, places d'accueil de jour et temporaire, places d'accueil en E.H.P.A.D.) afin de répondre notamment à une des exigences de la loi du 2 janvier 2002 qui dans son article L.313.4 instaure le caractère opposable des schémas départementaux.

Je vous précise que d'ores et déjà un certain nombre d'actions prévues dans ce schéma sont en cours de réalisation ou de réflexion et le comité de suivi de ce schéma s'est déjà réuni à deux reprises en 2004 et sera de nouveau réuni le 7 octobre prochain.

** Enfin dans le tableau n° 6 Bis annexé au rapport de la Cour, et intitulé "Tarif hébergement et talon dans les dix départements de l'échantillon", je constate avec satisfaction que le coût journalier moyen total pour l'usager corrézien sur la période 2000 à 2004, se situe avec le département des Vosges, parmi les plus bas. Sur ce point, il me semble aussi utile de vous préciser que pour la Corrèze, le Conseil général a permis de limiter le coût journalier moyen restant à la charge de l'usager grâce aux mesures importantes qui ont, par ailleurs, permis d'améliorer considérablement la prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement et que j'ai évoqué précédemment. Il s'agit, d'une part, du financement par le Conseil général de 206,5 postes d'aides médico-psychologiques dont le coût n'impacte pas sur le tarif acquitté par le résident et qui permet à ces établissements bénéficiaires, comme le souligne la Chambre Régionale des Comptes dans son rapport du 28 avril dernier, d'avoir au sein de ces établissements un taux d'encadrement en personnel parmi les meilleurs de France.*

Il s'agit d'autre part, de notre programme pluriannuel de modernisation des établissements d'accueil pour personnes âgées dépendantes adopté à la suite du premier schéma de gérontologie. L'objectif était de permettre l'adaptation à la dépendance de ces établissements en fonction de leur projet d'établissement tout en atténuant le coût pour l'usager grâce à une subvention du Département égale à 40 % du montant total des travaux, hors équipement.

En conclusion, je souhaite insister sur le fait que le Conseil général mène une politique gérontologique particulièrement dynamique et innovante à travers différentes initiatives qui ont été prises au cours de ces dernières années ou de ces derniers mois. Cet effort de solidarité en direction des personnes âgées est une préoccupation constante, ancienne et forte du Conseil général de la Corrèze, que je souhaite poursuivre.

Je tiens à vous faire part enfin de mon étonnement de constater que les évocations de la politique du Conseil général de la Corrèze en faveur des personnes âgées sont placées plutôt sous un angle critique voire défavorable alors que nous avons, me semble-t-il, aussi mis en œuvre des actions innovantes qui méritent d'être soulignées pour peut-être servir d'exemple dans d'autres départements. Nous avons eu d'ailleurs de nombreuses visites de conseils généraux mais aussi des félicitations par plusieurs ministres.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER
GÉRIATRIQUE DE CORNIL (CORREZE)**

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance quelques remarques ou décisions qu'appellent de ma part certains extraits du rapport de la Cour des comptes concernant notamment le centre hospitalier gériatrique de Cornil :

***Observations relatives au chapitre II- point III .A**
(L'état d'avancement du conventionnement)

1. Les fusions USLD/Maisons de retraite restent assez rares

Les établissements sont légitimes à énoncer que le positionnement de leurs unités de soins de longue durée (USLD) dépend de la vocation de celles-ci. Or, depuis la loi du 24 janvier 1997 créant la prestation spécifique dépendance, nous sommes toujours en attente d'une redéfinition de ces USLD dans lesquelles, parfois, il est possible d'identifier une forte composante sanitaire. Dans cette perspective, le nombre de lits du secteur « long séjour » devrait baisser en retenant la notion de « soins prolongés ».

Dans la réflexion, il faut aussi tenir compte de la nouvelle tarification à l'activité qui ne manquera pas d'impacter l'organisation hospitalière. Il est en effet certain que la réduction de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux – et c'est dans la logique de la nouvelle tarification – va provoquer une aggravation des situations accueillies en service de soins de suite (moyen séjour) après la phase aigüe. Il est donc utile de réfléchir à une mise en perspective de cette nouvelle donne qui est de nature à provoquer une modification du champ d'activité des soins de suite... mais aussi du secteur médico-social à la condition que celui-ci soit suffisamment présent et équipé pour répondre aux besoins de sorties plus rapides.

A cet égard, les unités de soins de longue durée qui se situent à la charnière des deux champs d'activité – sanitaire et médico-social – constituent une ressource non négligeable de lits d'aval.

Le Centre Hospitalier Gériatrique de Cornil – 324 lits – qui, il y a une quinzaine d'années offraient des lits de « moyen séjour » est organisé en unités et services permettant la sectorisation interne des patients en fonction de leur comportement, de leur pathologie et/ou de leur degré de dépendance. De surcroît, cet établissement situé entre deux hôpitaux publics, à quinze kilomètres de part et d'autre, constitue naturellement les lits d'aval évoqués plus haut.

Le projet d'établissement de Cornil, accepté par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, est donc de fortifier encore le lien sanitaire et s'apprête à signer une convention de coopération appuyée avec l'Hôpital de Brive.

**Observations relatives au chapitre II – point III. D*
(Le bilan financier pour les financeurs et pour les résidents)

***Un dispositif de convergence utilisé parfois à d'autres fins
que la prise en charge des soins***

** Selon la Cour : « ... Lors de la mise en place de la tarification ternaire, il a été convenu que la masse salariale de ces AMP resterait à la charge du département au lieu d'être imputée à hauteur de 70 % à la section soins et de 30 % à la dépendance. L'Etablissement a disposé d'un excédent de dotation de près de 687 000 € ... mais il l'a utilisé à hauteur de 615 800 € pour renforcer l'effectif de personnel soignant ».*

Afin d'éviter que le nouveau mode de calcul des tarifs n'entraîne un déport de charges sur les résidents, l'article 30 modifié du décret n 99-316 a prévu un système de « clapet anti-retour ». Ainsi, lorsque les établissements bénéficient d'un montant total de financement alloué par l'assurance maladie supérieur à celui qui résulterait de l'application de la clé de répartition des charges entre la section tarifaire afférente au soins et celle afférente à la dépendance, ils conservent le montant de la prise en charge par l'assurance maladie acquise lors de l'exercice antérieur à celui relevant de l'application de la convention tripartite.

En d'autres termes : circulaire Marthe du 27 novembre 2001 : « Dans tous les cas, la règle prévue (Art. 30 du décret précité), dans le cadre de la convention tripartite, est que l'établissement a droit à conserver son niveau de dotation de l'assurance maladie, à charge pour lui de réduire l'écart entre la dotation et les charges réelles, en un ou plusieurs exercices, par un renforcement de ses moyens de soins dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité. Le rééquilibrage peut avoir pour effet d'augmenter les montants à la charge des résidents, cet effet devant être compensé (partiellement, totalement ou au delà par l'intervention de l'APA. »

A Cornil, il a été convenu d'allouer l'ensemble des moyens nouveaux sollicités, non pas dans cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) mais dans le cadre de conventions : tripartite pour les secteur « cure médicale », quadripartite (signature ARH) pour le secteur « long séjour ».

Ainsi, le clapet anti-retour a permis de financer la création d'une vingtaine de postes : médecin coordonnateur, infirmiers, ergothérapeute, préparateur en pharmacie, aides soignantes... sans surcoût pour l'assurance maladie.

Les aides médico-psychologiques restent financés par le département de la Corrèze dans le cadre d'une politique volontariste de l'assemblée départementale. L'ensemble des établissements du département est donc concerné dès lors qu'ils ont pour mission d'accueillir des personnes âgées dépendantes.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL DE LA CÔTE-D'OR

Je suis personnellement très heureux que la Cour des Comptes ait analysé notre dispositif d'adaptation personnalisée de l'habitat "APH 21", conçu avec nos partenaires habituels du champ gérontologique, en particulier la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, la Mutualité Sociale Agricole et la Caisse Organic.

Ce dispositif a bénéficié du label centre local d'information et de coordination (CLIC) à titre expérimental pendant une année, mais, à ma demande, n'a pas été labellisé CLIC par la suite. En effet, il s'agit, en réalité, d'un dispositif pour la vie autonome destiné aux personnes âgées de 60 ans et plus.

Le Département de la Côte-d'Or et ses partenaires ont donc anticipé de dix ans les vœux du législateur exprimés dans le cadre de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui prévoit que les dispositifs de compensation devront s'appliquer aussi aux personnes âgées dans le délai de cinq ans après le vote de la loi.

La Haute Juridiction après avoir rappelé, à juste titre, que le Département est l'acteur le mieux placé pour coordonner les projets en faveur des personnes âgées dépendantes, analyse très favorablement le dispositif APH 21 et fait observer qu'il se heurte à deux limites : l'absence de liens avec les CLIC et l'impossibilité de répondre aux travaux d'urgence, notamment en cas de retour à domicile après hospitalisation.

Ces deux limites sont effectivement des préoccupations auxquelles nous nous efforçons de répondre.

En ce qui concerne les liens avec les CLIC, il convient d'observer que la plupart d'entre eux n'existaient pas, en Côte-d'Or, lors de la création d'APH 21. Des liens formalisés existent cependant avec le Centre Communal d'Action Sociale de DIJON, labellisé CLIC, puisqu'il réalise, dans le cadre d'une convention, l'instruction médico-sociale de l'allocation personnalisée d'autonomie et d'APH 21.

Depuis le 1^{er} janvier 2005, en application de la loi du 13 août 2004, les CLIC sont désormais de la compétence exclusive des Départements. Aussi, le Département de la Côte-d'Or a-t-il fait réaliser par un cabinet spécialisé, un état des lieux des CLIC existants. Cet audit confirme l'analyse de la Cour à savoir que les acteurs du champ gérontologique, et notamment les médecins libéraux, les hôpitaux ou l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, considèrent que les CLIC manquent de méthodologie, sont très peu connus et peu visibles.

A la lumière de cette expertise, le Département examinera prochainement les conventions d'objectifs et de moyens nécessaires au fonctionnement des CLIC et leur cohérence avec les dispositifs existants.

Dans ce cadre, les CLIC devraient être des outils de proximité pour améliorer les réponses aux urgences et faciliter le retour à domicile après hospitalisation.

En effet, l'expérience montre que l'adaptation du domicile et l'acquisition d'aides techniques après un accident de santé se heurtent à d'importantes difficultés très pragmatiques.

L'adaptation du domicile et la préconisation d'aides techniques nécessitent, de manière impérative, la présence de la personne concernée, dans son environnement habituel, pour permettre à l'ergothérapeute de déterminer avec pertinence la meilleure adéquation des solutions nécessaires à son état stabilisé. Cela nécessite donc la sortie, pendant une journée de la personne hospitalisée, avant son retour définitif à domicile.

Si des travaux immobiliers s'avèrent nécessaires, il faut alors obtenir rapidement les devis des entreprises et leur disponibilité immédiate pour la réalisation, ce qui est loin d'être le plus facile. Lorsque la personne est locataire, il est indispensable d'obtenir l'accord du propriétaire sur la nature exacte des travaux envisagés.

Ces procédures diverses sont extrêmement difficiles à mettre en œuvre pendant l'hospitalisation d'une personne par ailleurs affaiblie physiquement et psychologiquement.

Dans le but de répondre au mieux à cette problématique, le Département a entamé des négociations avec la Fédération du Bâtiment afin que des entreprises réparties sur l'ensemble du territoire départemental, s'engagent à ses côtés pour réduire au maximum les délais d'intervention.

Pour conclure, j'ajoute que la nécessité d'une réponse rapide aux besoins liés à une perte d'autonomie, se pose aussi pour les personnes de moins de soixante ans victimes d'un accident de santé, de la circulation ou de sport.

C'est pourquoi notre réflexion se fera globalement, notamment dans le cadre de la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 et de la création de la Maison Départementale des Personnes Handicapées avec le concours méthodologique de la Caisse Nationale de Solidarité à l'Autonomie.

*RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL DU DOUBS**** Respect de l'obligation légale de réponse dans le délai de 2 mois (APA)**

Concernant le nombre de dossiers d'APA traités dans un délai de 2 mois, les éléments apportés à la Chambre régionale des comptes de Franche-Comté font ressortir, qu'en 2002, 1003 dossiers sur 5763 ont fait l'objet d'une notification dans les délais légaux, soit effectivement un taux de 17%. La faiblesse de ce taux s'explique en partie par des facteurs exogènes (délais de prise de rendez-vous, retour tardif du plan d'aide, hospitalisation). Les statistiques fournies sont de ce fait sensiblement faussées et les indicateurs internes ont été redéfinis en conséquence depuis juillet 2005. De plus, en 2002, des notifications d'APA en établissement ont été différées en accord avec les établissements dans l'attente de la détermination des prix de journée.

Je tiens cependant à vous faire part de ma détermination pour que le respect de l'obligation légale de dépenses dans le délai de 2 mois soit considéré comme prioritaire par les services placés sous ma responsabilité.

*** Contrôle de l'effectivité des plans d'aide par les départements (APA)**

S'agissant du contrôle d'effectivité, mes services ont été particulièrement impliqués ; le rapport précité de la Chambre régionale des comptes précise à ce titre page 30 les modalités de contrôle mises en œuvre dès 2003 et indique que « le département du Doubs se caractérise par un suivi rigoureux des deniers publics » et sollicite suite au contrôle d'effectivité le remboursement des sommes versées indûment. Un croisement avec les données URSSAF a toutefois été jugé après expérience moins efficace que le contrôle des pièces justificatives d'utilisation de l'allocation telles que les bulletins de paie.

*** Mode d'élaboration, contenu et suivi des schémas**

Pour ce qui concerne l'élaboration du schéma gérontologique, le Doubs en a effectivement confié la réalisation du projet et l'animation à un cabinet externe.

Un suivi a été envisagé organisé autour du Comité départemental de coordination gérontologique mais qui n'a toutefois jamais été effectif.

En tout état de cause, j'ai arrêté le principe d'engager rapidement l'élaboration d'un nouveau schéma qui sera réalisé bien entendu en partenariat élargi et présentera des conclusions opérationnelles que je souhaite plus lisibles.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL DE L'EURE

Les extraits du rapport public particulier de la Cour des comptes sur « Les personnes âgées dépendantes » concernant le département de l'Eure appellent de ma part les observations suivantes :

** Chapitre VII - Le rôle majeur du département : la Cour indique en introduction que “Les efforts déjà engagés par les départements méritent d’être poursuivis notamment en matière de planification et de coordination gérontologiques”.*

Il me semble indispensable de rappeler quelques faits, arrivée de la prestation spécifique dépendance (PSD) puis de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), suppression de l'aide médicale départementale et arrivée de la couverture maladie universelle (CMU) et participation des départements à ce dispositif car certaines populations en étaient exclues, agréments par l'Etat de divers avenants aux conventions collectives nationales du travail de 1951 et de 1966 auxquels adhèrent de nombreux établissements sociaux et médico-sociaux ainsi que la mise en place des 35 heures qui ont eu un impact financier non négligeable sur les finances départementales, lancement par l'Etat des CLIC sans véritable concertation avec les départements, ce qui a entraîné auprès des personnes âgées et des partenaires une confusion des rôles et n'a pas apporté la plus-value attendue en termes de services auprès des personnes âgées et de leur familles, mise en route des conventions tripartites dans les établissements pour personnes âgées sans directives précises et incitatives de l'Etat auprès des directeurs des établissements publics, ce qui ne facilite pas la conclusion de ces conventions.

Tous ces événements n'ont, bien entendu, pas facilité la tâche des départements pour mettre en œuvre, notamment, une coordination gérontologique locale, leurs moyens étaient conditionnés par d'autres priorités. Enfin, il a fallu attendre la loi du 13 août 2004 pour que les départements soient désignés comme chef de file en matière de politique gérontologique.

Dans la partie intitulée « La qualité des planifications et des programmations – C – Améliorer la couverture du territoire », je vous précise que le département de l'Eure s'apprête à valider son schéma en faveur des personnes âgées après avoir adopté en 2003 et en 2004, respectivement le schéma enfance-famille et celui en faveur des enfants et des adultes handicapés.

*RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL DU FINISTÈRE****Concernant le contrôle de l'effectivité des plans d'aide par les départements (Chapitre VII-II-B) :***

Je tiens à apporter quelques compléments d'information au sujet de la mise en œuvre du contrôle d'effectivité des plans d'aide par les départements.

Dans le Finistère, le caractère « balbutiant » des contrôles s'explique notamment par la montée en charge spectaculaire du dispositif (16 488 dossiers reçus en APA à domicile entre le 1^{er} janvier 2002 et le 31 décembre 2003). Pour mémoire, 1 707 personnes âgées étaient bénéficiaires de la PSD au 1/02/2002.

Dès 2002, de très nombreux dossiers ont fait l'objet d'une révision permettant de réadapter les plans d'aide aux besoins réels des bénéficiaires (suite à un changement de GIR ou au souhait de densifier ou d'adapter les interventions préconisées).

Ainsi, le pourcentage des décisions (premières demandes) ayant fait l'objet d'une révision au 31 décembre 2003 s'élevait à 37 %.

Ce faisant, la procédure de contrôle d'effectivité a réellement débuté au cours du 1^{er} trimestre 2004 afin de vérifier la réalité des dépenses engagées par les bénéficiaires de l'APA.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL
DE LA HAUTE-GARONNE**

La lecture des extraits relatifs au rapport public particulier sur "Les personnes âgées dépendantes" m'amène à vous apporter les éléments de réponse suivants :

**- Un problème de capacité non pris en compte jusqu'en 2004
(Chapitre II-III-C)**

En ce qui concerne la politique d'accroissement et d'amélioration de l'offre de service, la Cour observe que le département de la Haute-Garonne reste déficitaire en matière de lits d'accueil en établissement par rapport à la moyenne nationale constatée sur la base d'une étude DRASS de Novembre 2002.

Si l'effort en cours constaté permettrait d'atteindre rapidement la moyenne du ratio, le Conseil Général remarque que cet effort est en partie ralenti dans l'attente du déblocage des crédits sanitaires (environ 1000 lits dont 374 dans l'agglomération toulousaine).

**D – - Les disparités départementales dans l'attribution de l'APA
(Chapitre VII-II)**

Dans le cadre de la réforme intervenue en application de la loi du 31 mars 2003, le Conseil Général a tenu à maintenir le dispositif antérieur et ainsi d'être fidèle à la loi du 20 Juillet 2001 instituant l'APA, cet effort confirmé relève de l'aide sociale facultative mais permet aux familles en situation d'urgence d'engager immédiatement les dépenses.

Parmi les tâches urgentes et les délais imposés pour la mise en œuvre de l'APA, le Conseil Général s'est trouvé confronté à un afflux très important de demandes ainsi que le constate la Cour. La priorité des tâches a amené à procéder par étape à la mise en œuvre du contrôle de l'effectivité.

**- Le contrôle de l'effectivité des plans d'aide par les départements
(Chapitre VII-II-B)**

Le contrôle de l'effectivité a été mis en place en Juin 2003 ; le contrôle a porté sur les bénéficiaires de l'APA forfaitaire et les bénéficiaires de l'APA qui employaient un prestataire tiers payant, soit, pendant l'exercice 2003, 661 titres de recettes réalisés pour un montant total de 809 940,44 €. En 2004, le contrôle se poursuit, le montant des recettes réalisées à ce titre s'élèvent à 1 581 591,33 € pour 2389 titres de recette.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE TOULOUSE (HAUTE-GARONNE)

**Assurer la continuité de la prise en charge lors des changements
de lieu (Chapitre IX, II.A.3)**

L'unité mise en place vient d'être dotée en 2005 de 2 postes supplémentaires (1PH contractuel et 1 IDE) qui permettent de mieux couvrir les besoins du site de Rangueil et notamment du SAU. Il me semble intéressant d'insister sur l'importance d'une évaluation la plus précoce possible des besoins de santé des personnes âgées accueillies aux urgences, pour bien préparer leur parcours de soins et réduire les durées de séjour en milieu hospitalier.

Les besoins d'évaluation et de coordination sont très importants et de fait l'activité extérieure ne peut pas satisfaire les demandes d'interventions dans tous les établissements. Les responsables médicaux en sont très conscients et développent en priorité des actions de formation et de coordination auprès des établissements de santé et des établissements médico-sociaux extérieurs ; ils apportent également une aide à la création de réseaux locaux. Cette démarche est d'ailleurs tout à fait conforme à la mission d'enseignement d'un CHU et devrait permettre d'apporter un effet multiplicateur au sein d'un « réseau informel » comme le souligne le rapport. A cet égard, il me semble que le CHU a certainement sa place dans ce réseau, mais que l'animation relève des collectivités territoriales qui ont une approche nécessairement plus globale des besoins des personnes âgées.

*RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CCAS DE RENNES
(ILLE-ET-VILAINE)*

Je n'ai, pour ma part, pas de remarques particulières à formuler sur les deux extraits du rapport concernant le CCAS de Rennes, où il est fait mention de nos contraintes et de nos réponses notamment sur le plan de l'organisation de notre offre de services au domicile des personnes

il demeure de toute évidence, sur cette problématique de l'aide et de l'accompagnement de ces usagers, la question récurrente du financement de ces services afin qu'ils puissent fournir une prestation de qualité. A ce titre, quelle sera dans un futur proche la position des caisses de retraite et notamment de la CRAM dans sa contribution au financement de l'aide à domicile ?

L'on peut aussi tout autant s'interroger, sur la base du constat en Région Bretagne, sur les moyens dont dispose l'Assurance Maladie pour financer la médicalisation des services existants au regard des besoins très importants constatés actuellement et pour les prochaines années.

Je souhaitais mettre en exergue cette préoccupation qui est de toute évidence partagée par l'ensemble des collectivités locales.

*RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CCAS DE GRENOBLE (ISERE)***Première partie- Chapitre II- III – Le Bilan**

Il est exact de dire que le processus de conventionnement tripartite comporte trois aspects positifs :

- *une meilleure connaissance et une appréciation plus objective de l'état réel de la dépendance des résidents ,*
- *un effort pour améliorer la connaissance budgétaire et comptable des coûts afférents à chacune des fonctions des établissements,*
- *l'engagement d'une démarche d'évaluation et de mesure permettant d'éclairer la discussion et la négociation avec l'autorité de tarification.*

On pourrait ajouter au moins un quatrième aspect positif :

- *une conception nouvelle de la mission des établissements : la reconnaissance de leur compétence à assurer, avec des moyens proportionnés, **une prise en charge graduée de la dépendance et du soin.***

Concernant "les résultats mitigés sur le plan de la qualité", il conviendrait d'insister sur trois points, seuls capables de sécuriser l'accueil en établissement conformément aux attentes des pouvoirs publics comme des familles des résidents :

- *le personnel constitue certes un axe important ; mais il convient de mettre en exergue **la question du taux d'encadrement** considéré comme faible en regard d'autres pays européens, notamment en personnel d'aide à la vie et de soin ; question qui en soulève une autre, **la question de la solvabilisation d'un éventuel surcoût** qui manifestement ne saurait reposer sur les seuls usagers et leur entourage (cf réévaluation de l'APA en établissement et réévaluation des budgets soins).*
- *la qualification du personnel en est un autre : il est essentiel de considérer que **l'emploi d'un personnel diplômé est requis**, tant pour l'aide à la vie que pour le soin, considérant les niveaux de besoins à satisfaire en EHPAD ; **la démarche-qualité** ayant par ailleurs pour vocation à améliorer les compétences de personnels diplômés et l'efficience d'un travail d'équipe ; autrement dit la formation en cours d'emploi à visée promotionnelle ne saurait justifier l'emploi initial de personnel non diplômé ou sous-diplômé.*
- ***les normes de sécurité** (à fort impact sur le tarif hébergement) constituent, dès lors qu'on s'oblige à les satisfaire, un troisième axe d'amélioration des EHPAD et EHPA.*

** Si la référence au ERP de type J paraît désormais bien établie pour les EHPAD, permettant ainsi une politique de réhabilitation des structures concernées, force est de constater la pratique généralisée des Commissions de sécurité qui requalifient tous les EHPA en ERP de type J (en particulier tous les logements-foyers), dès lors qu'ils accueillent une ou quelques personnes dépendantes. Ainsi sont traités sur un pied d'égalité des établissements n'accueillant que des personnes confinées principalement au lit ou fauteuil, sinon à leur lieu de vie et des établissements accueillant une très grande majorité de personnes très autonomes et gérant leur déplacement en toute indépendance, mais faisant le choix de la sécurisation que peut offrir l'habitat collectif.*

** Si tout le monde convient qu'une politique de sécurisation Incendie des établissements est nécessaire, force est de constater que sa mise en œuvre n'est pas équivalente sur tout le territoire français, que les modalités de son financement ne sont pas établies et que de fait le financement repose généralement sur les seuls usagers. Cet état de fait se traduit par un report quasi généralisé de travaux de mise en sécurité opéré par des gestionnaires jamais soutenus en la matière par leurs Conseils généraux.*

Concernant "les logements-foyers : rénovation et réhabilitation ou fermeture":

L'accessibilité relative des logements proposés en logements-foyers, l'absence de mise aux normes généralisée de type J (ou de type U), l'organisation même de services comparables à ceux du soutien à domicile plutôt qu'à ceux d'une maison de retraite, la répartition des GIR et la prévalence des GIR 5-6, le GMP inférieur à 300, le très faible nombre de personnes en fauteuil roulant, toutes ces caractéristiques des logements-foyers indiquent qu'ils ne sont pas des établissements spécialisés, comme le sont les maisons de retraite médicalisées ou les unités de soins de longue durée.

Pour autant, à Grenoble, les logements foyers ne connaissent pas de désaffectation : il y a 8 logements-foyers qui continuent de proposer la grande majorité des places offertes aux Grenoblois en établissements d'hébergement (non commerciaux) sur la ville (446 places sur 784).

*Les logements-foyers – structures intermédiaires entre le domicile et la maison de retraite – permettent encore et toujours **une prise en charge graduée de la dépendance**, dans des conditions comparables à celles du soutien à domicile classique, mais néanmoins beaucoup plus protectrices (continuité de présence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ; coordination des services ; surveillance préventive au titre des soins courants).*

Ces compétences des logements-foyers expliquent le maintien de leur attrait, d'autant plus qu'il apparaît qu'en milieu urbain ces structures répondent à un besoin de sécurisation manifesté par nombre de personnes en situation de fragilité sociale ou psychique ou financière.

Seule la prévalence croissante de besoins d'accueil en établissement de type maisons de retraites médicalisées (dont les GMP sont supérieurs 750) motive véritablement l'anticipation d'une désaffectation éventuelle des logements-foyers, le cas échéant de leur remplacement par des structures plus adaptées à la moyenne et grande dépendance, sinon de leur réhabilitation ou pus radicalement – mais toujours à moyen terme – de leur fermeture.

Le choix fait à Grenoble est triple :

- le maintien de 6 logements-foyers, EHPA en pleine capacité de garantir à leurs résidents une prise en charge graduée de la dépendance dans les limites d'un GMP inférieur à 300*
- la transformation de 2 logements-foyers en EHPAD, avec une mixité d'usage : la moitié des résidents bénéficient du fonctionnement habituel (EHPA), l'autre moitié bénéficient de services de type maisons de retraite. Ces deux logements-foyers, encadrés par des conventions tripartites, ne doivent pas dépasser une GMP de 400.*
- la création de lits dans des établissements exclusivement dédiés à la moyenne et grande dépendance (EHPAD dont le GMP supérieur à 750), soit par création de nouvelles structures, soit par réhabilitation/extension/mise aux normes d'anciennes structures.*

En conclusion, il apparaît que la loi du 20 janvier 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'APA a posé un cadre clair pour la gestion et le développement des EHPA et EHPAD. Force est de constater que sa mise en œuvre pêche du côté des EHPA, faute d'un accord de toutes les parties concernées sur la conception qu'il convient d'en avoir, faute d'édicter les critères devant présider les transferts d'un logement-foyer vers une maison de retraite ou un long séjour, faute d'une définition autorisée des règles minimales de sécurité Incendie à satisfaire et faute de dispositions financières sérieuses pour accompagner les mises aux normes ou réhabilitations souvent nécessaires s'agissant de bâtiments qui ont généralement plus de 20 ans et souvent plus de 30 ans.

2500 logements-foyers, soit plus de 150 000 places d'accueil en France attendent aujourd'hui un cadre de gestion et des mesures d'accompagnement de leur évolution dignes d'une société moderne et vieillissante. Les schémas départementaux d'action gérontologique ne suffiront pas, à eux seuls, à les définir et a fortiori à les financer.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA MAISON DE RETRAITE "LÉON
FOURCADE" A SAINT MARTIN DE SEIGNANX (LANDES)**

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance quelques remarques ou précisions qu'appellent, de ma part, certains extraits du rapport de la Cour des comptes sur "les personnes âgées dépendantes".

Le partenariat entre la Maison de Retraite "Léon Fourcade" et le Centre Hospitalier de Dax en matière de réseau gérontologique a été amorcé en juin 2001. C'est en effet dans le cadre d'une concertation en réseau, qui a été ensuite suivie par plusieurs établissements situés sur la zone du Pays Adour Landes Océanes dont le sud des Landes et l'agglomération dacquoise, que ce projet a vu le jour.

Après la signature de la convention tripartite à l'automne 2002, la Maison de retraite de Saint-Martin-de-Seignanx a finalisé une convention avec le Centre Hospitalier en août 2003; cette convention est naturellement reconduite.

Par ailleurs, d'autres EHPAD ont rejoint ce réseau qui est aujourd'hui prolongé par un mode de coopération entre les institutions, sanitaire et médico-sociale, sous la forme d'un groupement à vocation gériatrique et gérontologique (GVGG), créé en date du 29 juin 2005. Cet accord de coopération sous la forme d'une convention, réunit aujourd'hui 13 établissements publics (autonomes et territoriaux) en réseau, autour de la fonction "médecin coordonnateur", ces établissements sont implantés entre la grande agglomération dacquoise et le sud des Landes. Cinq autres établissements de type EHPAD ont à ce jour fait part de leur intention de rejoindre ce collectif.

D'autre part, de manière complémentaire au GVGG et sur la demande du Pays Adour Landes Océanes, Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier de Dax m'a désigné pour animer un groupe de travail chargé d'établir un diagnostic concernant les problématiques de santé des personnes âgées entre le sud des landes et l'agglomération dacquoise. Ce diagnostic est destiné à constituer un réseau gérontologique formalisé entre les services d'aide de soins et d'hospitalisation à domicile, en vue de rechercher les meilleures complémentarités.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER DE DAX
(LANDES)*

Les partenariats entre les Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes et le centre Hospitalier de Dax en matière de réseau gérontologique ont été amorcés dès l'année 2001 avec les établissements cités ou évoqués par la Cour.

Dans le courant de l'année 2003, trois établissements (dont la maison de retraite de Saint-Martin-de-Seignanx) passaient convention avec le Centre Hospitalier. Ces premières conventions ont été reconduites, ancrant les partenaires initiaux.

Par ailleurs, d'autres EHPAD ont rejoint le réseau, établissant désormais à sept le nombre d'établissements bénéficiant des compétences des médecins coordonnateurs, gériatres au Centre Hospitalier de Dax. A ce jour, les contacts se poursuivent avec des établissements du Sud Landes.

En prolongement de ces coopérations entre les institutions, sanitaire et médico-sociale, un Groupement à vocation gériatrique et gérontologique (GVGG) a été créé en date du 29 juin 2005. Cet accord de coopération sous la forme d'une convention, réunit aujourd'hui 13 établissements publics (autonomes et territoriaux) en réseau, autour de la fonction « médecin coordonnateur ». 5 autres établissements de type EHPAD ont fait part de leur intention de rejoindre ce collectif.

D'autre part, en prolongement du GVGG et sur la demande du Pays Adour Landes Océanes, le centre hospitalier de Dax anime un groupe de travail chargé d'établir un diagnostic concernant les problématiques de santé des personnes âgées entre le Sud des Landes et l'agglomération dacquoise. Ce diagnostic est destiné à constituer un réseau gérontologique formalisé entre les services d'aide, de soins et d'hospitalisation à domicile, les professionnels libéraux, les EHPAD et le Centre Hospitalier, en vue de rechercher les meilleures complémentarités.

*RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL
DE LOIRE ATLANTIQUE*

Je partage le diagnostic porté dans ce rapport sur la multiplicité des intervenants, le poids croissant des dépenses départementales et la nécessité d'identifier les rôles des acteurs et de mieux assurer leur coordination.

Je souhaite que la démarche initiée par la Cour des comptes puisse être le point de départ d'un véritable débat de société, ouvert, sans tabou et que la réflexion se traduise par une meilleure lisibilité des compétences et responsabilité de chacun.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL DE LA MANCHE

Selon la Cour « Le contrôle interne au sein des départements n'est plus au stade embryonnaire observé en 1995, mais il se limite encore, dans plusieurs départements, au suivi statistique des dossiers, ce qui ne permet pas un véritable pilotage, notamment pour la mise en œuvre du schéma gérontologique départemental » (Chapitre VII du rapport, point I-B.1 – L'outil informatique et le contrôle interne).

Sans contester au fond cette affirmation, je souhaite préciser que nous développons année après année des outils de pilotage allant au-delà du simple décompte de places agréées ou installées. Le département de la Manche conduit tous les deux ans auprès des établissements une enquête sur les listes d'attente en EHPAD. Croisée avec d'autres données, cette enquête a permis d'établir une politique de création de places en EHPAD ayant donné lieu en octobre 2003 à la signature d'un protocole conjoint Etat – Département. Ce protocole localise ainsi précisément les zones du département qui apparaissent déficitaires.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL DE LA MAYENNE***En ce qui concerne le règlement départemental d'aide sociale***

La Cour observe que, dans la plupart des départements dotés d'un règlement, ceux-ci sont obsolètes.

C'est bien le problème auquel sont confrontés les services face au bouleversement permanent et continu des différentes prestations sociales qui caractérise ces dernières années (aide médicale, PSD, APA, allocation RMI, FSL, FAJ, statut des assistant(e)s maternel(le)s, etc.).

La seule réponse adaptée pour une mise à jour régulière et permanente semble être l'outil informatique avec mise en ligne de ce règlement et sortie sur papier à la demande. C'est ce à quoi s'emploie le département de la Mayenne pour une application en 2006.

En ce qui concerne l'outil informatique et le contrôle interne

Il convient de préciser que l'application informatique concernant la gestion de l'APA est opérationnelle depuis le début et a donné entière satisfaction pour le traitement des situations.

Toutefois, il s'avère que cette application réalisée à partir d'excel est, en effet, inadaptée pour la production de statistiques telles que celles demandées par la DRESS. Depuis, il a été décidé de doter les services d'un progiciel dénommé « Perceaval » intégrant l'application APA dans toutes ses dimensions, notamment le système. Elle sera opérationnelle en juin 2006.

En ce qui concerne le contrôle de l'effectivité des plans d'aide

Comme la Cour l'a relevé, un contrôle est effectivement réalisé sur pièce, mais sans croisement avec l'URSSAF.

Cette mesure ne concerne que les emplois de gré à gré qui représentent moins de 10 % des situations et qui ne sont pas la priorité du service d'autant que le système chèque emploi-service utilisé par les employeurs ne nécessite pas en lui-même de devoir croiser les données déclaratives avec celles de l'URSSAF dans la mesure où le service dispose des pièces justificatives produites par les bénéficiaires de l'APA (attestation de versement des cotisations URSSAF).

Les cas qui ne ressortissent pas du dispositif chèque emploi-service sont de l'ordre de quelques unités et sont connus des services.

En ce qui concerne les délais de réponse

Il est exact que les services ont été surpris par la montée en charge par rapport aux prévisions initiales. Celles-ci ont été largement dépassées et la progressivité bousculée.

Le service, composé de cinq agents, gère 2 600 allocataires « APA à domicile » et l'accroissement est d'environ 120 dossiers par mois.

Des mouvements de personnel et la dénonciation, par la CRAM, de la convention de collaboration avec le Conseil général font que les délais d'instruction actuels se situent autour de 3,5 mois.

L'objectif est de réduire ce délai à 3 mois fin 2005 et à 2 mois en juin 2006.

En ce qui concerne la couverture du territoire

La Cour observe que seuls 43 départements sont dotés d'un schéma. Dans le département de la Mayenne, la « démarche schéma » a été lancée le 1^{er} juillet 2005. Il convient d'observer toutefois que de nombreux éléments du futur schéma sont déjà déterminés (CLIC, aide à l'investissement, garantie d'emprunt, etc...). Ces éléments viennent conforter les cinq orientations qui, depuis 1994, sont les lignes de force de la politique gérontologique du département.

Demain il conviendra, courageusement, de consacrer certains établissements dans des spécialités telles que l'accueil des personnes désorientées. La médicalisation soulève, bien entendu, la question du concours financier de l'assurance maladie.

*RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL DE LA MEUSE***CHAPITRE VII- I- B- b - L'outil informatique et le contrôle interne**

Le contrôle interne est effectué par le biais de tableaux mensuels réalisés selon le modèle du questionnaire mensuel formalisé par la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) et comprenant le nombre de dossiers APA demandés, reçus complets, examinés en Commission d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (CAPA) et ayant fait l'objet d'un avis favorable ou défavorable.

Depuis l'enquête de la Chambre régionale des comptes, des contrôles sont réalisés au domicile par l'intermédiaire des équipes médico-sociales, des réunions trimestrielles ont été planifiées entre les membres de l'équipe APA et les services d'aide à domicile, des réseaux d'informations se sont instaurés entre les équipes de polyvalence du service social et l'équipe APA. De plus, des procédures internes, en cours de rédaction doivent uniformiser les pratiques et évaluer le type de contrôle à instaurer.

Les outils et supports de travail sont évalués et réajustés au regard des besoins.

Le logiciel qui gère les prestations d'aide sociale, permet à ce jour de contrôler toutes les aides légales ou facultatives octroyées pour une même personne.

CHAPITRE VII- II – A - Le respect de l'obligation légale de réponse dans le délai de 2 mois.

Concernant le nombre de dossiers instruits dans le délai de deux mois, le logiciel Implicit pourrait fournir un certain nombre de données. Un examen est actuellement à l'étude par la Direction des Systèmes d'Information en liaison avec la Direction de la Solidarité afin de gérer automatiquement ce délai.

668 APA provisoires ont été attribuées à compter du 1^{er} juin 2002 à l'ensemble des personnes pour lesquelles le département n'avait pas pu statuer dans les deux mois. Au 1^{er} mai 2004, aucune APA provisoire n'est payée, ce qui démontre que le délai de deux mois a été de mieux en mieux respecté.

CHAPITRE VII- II - B – Les disparités dans le nombre de bénéficiaires de l’A.P.A. pour 1000 habitants de 75 ans et plus.

Le contrôle de l’effectivité des plans d’aide.

Le contrôle de l’effectivité n’était pas optimal en 2004, par manque de procédures et moyens. Toutefois, chaque bénéficiaire de l’APA avait connaissance du dispositif de contrôle. Il était réalisé en partie par l’équipe médico-sociale qui, au domicile, avait pour mission de récupérer le maximum de justificatifs et par les instructeurs, à travers un courrier sollicitant la transmission de pièces.

Depuis cette année, un agent a en charge de reprendre l’arriéré des dossiers de juin 2003 à janvier 2005 pour le contrôle de l’effectivité.

Depuis janvier 2005, chaque instructeur vérifie l’effectivité des plans d’aide. La procédure de récupération a également été rédigée.

CHAPITRE VII- III - D – Harmoniser les méthodes d’élaboration et de contenu des schémas.**① mode d’élaboration**

Le département ne dispose pas spécifiquement d’outil prospectif mais il s’appuie sur des statistiques de la DDRASS qui dénombre les personnes âgées en Meuse par tranche d’âge :

- de 55 à 59 ans : 7 993
- de 60 à 64 ans : 9 082
- de 65 à 74 ans : 18 961
- de 75 à 84 ans : 11 136
- de 85 ans et + : 4 060

De plus, les rapports d’activité émis par les services d’aide à domicile, les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), les tableaux de bord recensant trimestriellement le taux d’occupation dans les Etablissements d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), le nombre de personnes âgées sur liste d’attente, ainsi que les tableaux réalisés au sein du service, dans le cadre du budget, permettent d’apprécier les besoins sur le territoire et de projeter des orientations.

Les chiffres émis par le schéma en faveur des personnes âgées, sont basés sur des orientations et soumis, à réajustement au regard des demandes et des besoins évalués.

CHAPITRE VII- IV – A - La coordination entre les départements et les caisses de retraite

L'APA a été mise en place à compter du 1^{er} janvier 2002. La signature officielle des conventions a eu lieu le 12 décembre 2002 ; malgré un travail d'anticipation, les négociations ont duré un an sachant que toutes les caisses de retraite (CRAM, MSA, AVA et ORGANIC) ont été reçues individuellement :

CRAM : 10 octobre 2001
 MSA : 11 octobre 2001
 AVA et ORGANIC : 30 octobre 2001
 Toutes les caisses de retraite : 14 décembre 2001

MSA : 5 avril 2002
 Toutes les caisses : 21 juin 2002 } *Projet de convention finalisé*

Les caisses de retraites sont associées aux réflexions menées sur la politique personne âgée. Elles ont été réunies le 11 février 2005 afin de redéfinir les axes missionnels de chacun, d'évaluer et réajuster si nécessaire les conventions.

Leur contribution au sein des groupes de réflexion mis en place par le Conseil Consultatif, confirme leur coopération et adhésion dans les politiques menées par le département.

Il s'avère que les moyens des caisses de retraite s'amenuisent ce qui engendre un désengagement de plus en plus exponentiel.

Ainsi, la CRAM nous informe que les subventions octroyées pour le fonctionnement des CLIC, ne seront attribuées qu'au label 3 avec une enveloppe diminuée par rapport à l'an passé ; qu'elle abroge la convention de 2002 passée avec le Conseil Général pour la mise à disposition de travailleurs sociaux dans le dispositif APA ; qu'elle ne participe plus au financement d'heures d'aides ménagères pour les personnes âgées de moins de 75 ans évaluées au GIR 6.

Concernant la MSA, dont le nombre de ressortissants est important dans le département meusien, elle n'octroie aucune subvention dans le cadre du fonctionnement du CLIC. Aussi, les aides aux aménagements de domicile pour les personnes âgées sont de plus en plus rares de la part des caisses de retraite.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL DU RHÔNE

Concernant le Chapitre II du rapport- III-A- L'état d'avancement du conventionnement (point 1-b – Le rythme des signatures) :

Je vous rappelle que les conventions tripartites regroupent trois instances : les établissements, la DDASS et le Conseil Général du Rhône. Les établissements ont une part importante à jouer dans le processus de conventionnement. De fait, ils peuvent parfois avoir la responsabilité du retard pris dans la signature de ces conventions.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL DE LA SARTHE

Selon la Cour « le logiciel du département de la Sarthe ne donne pas satisfaction. » (Chapitre VII du rapport, point I-B.1 – L'outil informatique et le contrôle interne).

Une réinformatisation générale de la direction des interventions sanitaires et sociales et notamment du service de l'Aide Sociale aux Adultes, qui gère l'allocation personnalisée d'autonomie, est en cours.

Un nouveau progiciel intégrant les éléments permettant un pilotage précis de la politique du domaine des personnes âgées, sera déployé en 2006.

RÉPONSE DU MAIRE DE PARIS

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance quelques précisions qu'appellent de ma part certains extraits du rapport de la Cour des comptes sur "les personnes âgées dépendantes".

Ce document synthétique mais très riche constitue une bonne photographie de la situation locale et régionale et pourra, dans sa forme définitive, être très utilement diffusé et utilisé par les principaux acteurs du secteur et d'abord le département que je préside.

Les constats de la Cour confortent les objectifs et les actions du département de Paris en vue du nécessaire développement d'une offre médicalisée à coût accessible aux usagers.

A cet égard, la date (2002) de l'étude de la DRASS ne peut traduire l'engagement actif du département de Paris depuis mars 2001 pour soutenir la création d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes à but non lucratif habilités à l'aide sociale (quatre créations depuis mars 2001). Le schéma gérontologique parisien, en cours d'élaboration, constituera à ce titre un outil de planification et de programmation des équipements et de développement de la coordination gérontologique.

Je me félicite, par ailleurs, de voir reconnues plusieurs réalisations positives du département de Paris : la priorité de conventionnement avec les établissements publics du CASVP, la baisse du coût d'hébergement suite à la réforme tarifaire, la qualité des applications informatiques locales de gestion de l'APA et l'intérêt des expériences d'articulation entre les équipes médico-sociales du département et celles des caisses.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL DU VAR

En réponse à la communication des extraits du rapport public particulier relatif "aux personnes âgées dépendantes", je souhaite apporter les précisions suivantes :

I. Evaluation des modalités d'élaboration et de suivi des schémas gérontologiques départementaux (chapitre VI-III-D-1 et 2 et annexe 8)

En mars 1999, un comité de suivi des schémas a été constitué, associant des représentants du Conseil général, des services de l'Etat (DDASS), de la Caisse d'assurance maladie, des usagers, des établissements, des CCAS, des médecins et des associations d'aide à domicile.

Ce comité, qui s'est réuni pour la première fois en juin 1999, fonctionne toujours. La dernière réunion a eu lieu en octobre 2004, dans le cadre du suivi du schéma 2003-2007.

En parallèle, le suivi des orientations du schéma gérontologique s'organise aussi au travers de contrats d'objectifs spécifiques, dont notamment celui relatif à la création de maisons de retraite publiques, en matière d'hébergement, et celui relatif aux passerelles APA/RMI qui permet de faire accéder aux métiers de l'aide à domicile des personnes en parcours d'insertion.

Ces contrats d'objectifs sont la concrétisation de certaines orientations du schéma dont ils permettent à la fois le suivi quantitatif et qualitatif.

Ainsi que cela a été noté dans la lettre d'observations définitives de la Chambre régionale des comptes de Provence-Alpes-Côte d'Azur, des indicateurs permettent, dans le cadre de ces contrats d'objectifs, de "mesurer l'état de mise en œuvre de la politique départementale concernée".

II. *De manière plus générale, il me paraît utile d'appeler l'attention sur les conséquences, pour les départements, de la mouvance des réglementations successives dans le domaine médico-social et social, dans l'élaboration et la mise en œuvre de dispositifs nouveaux et complexes (tel celui de l'APA) dans des délais très courts, et pour des strates de population de plus en plus nombreuses.*

Ce contexte a mis au défi les collectivités locales de réussir la mise en œuvre sur le terrain de ces mesures, sans qu'elles disposent toujours, en temps voulu, des moyens financiers, humains et juridiques appropriés, compte tenu notamment des délais très courts entre la publication des décrets nécessaires et la date de mise en œuvre des mesures.

L'objectif prioritaire depuis 1997 avec la mise en œuvre de la prestation spécifique dépendance, puis l'allocation personnalisée d'autonomie, a été d'abord, pour les collectivités locales, de s'ajuster à des besoins importants (et notamment sous-estimés pour l'APA) et d'apporter, avec des moyens humains et financiers conséquents, les réponses de proximité aux demandes exprimées.

Il est clair, ainsi que le met en évidence la Cour, que le défi médical, social et financier que constitue le phénomène de vieillissement progressif de la population française, est d'autant plus grand qu'il s'accompagne de difficultés de financement des objectifs visés par ces politiques.

Ces difficultés s'expriment notamment à travers les problèmes de répartition des charges entre les différentes sources de financement.

A cet égard, si les lois de décentralisation ont certes confié le rôle majeur à la collectivité départementale, en matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes, il n'en demeure pas moins que le système français de financement de la dépendance, tel qu'il existe actuellement, restreint le champ d'action et d'initiative des collectivités locales, notamment pour ce qui touche à la programmation des équipements et services, dans la mesure où l'Etat et L'Assurance maladie détiennent une partie des moyens financiers nécessaires à la prise en charge des personnes âgées.

Cela est particulièrement crucial en matière d'hébergement et de création de lits d'EHPAD, puisque l'ouverture de tels établissements est subordonnée à la disponibilité des crédits d'assurance maladie en matière de dotations de soins.

Or, la planification et la programmation des équipements et des services sur leur territoire, à propos desquelles la Cour estime que les collectivités départementales doivent encore beaucoup progresser sont, au-delà des impulsions et des initiatives locales les plus engagées, très dépendantes des contributions financières de l'Etat et de l'Assurance maladie sans lesquelles, même pour un fraction réduite, les établissements et services ne peuvent ni ouvrir ni fonctionner.

Il y a là un frein que tout effort de coordination ou toute volonté d'accroître et d'améliorer l'offre d'équipement et de services ne peuvent dépasser.

A cet égard, le département du Var ne peut que souscrire à l'observation de la Cour et la nécessité de "clarifier, simplifier et mieux répartir les rôles des principaux acteurs institutionnels" afin d'assurer la continuité et la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, objectifs que les départements se sont particulièrement attachés à remplir.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL DES HAUTS-DE-SEINE

Les extraits du rapport public particulier de la Cour des comptes sur « Les personnes âgées dépendantes » soulignent le retard apporté au renouvellement du schéma gérontologique des Hauts-de-Seine.

Le Conseil général a, en effet, différé la réalisation d'un nouveau schéma gérontologique, en raison de la succession de diverses réformes concernant le domaine de l'action sociale en faveur des personnes âgées.

En effet, depuis 1995, sont intervenus :

- *la loi du 24 janvier 1997 sur la Prestation Spécifique Dépendance (PSD),*
- *le décret du 26 avril 1999, portant réforme de la tarification des établissements, modifié par décrets du 4 mai 2001,*
- *la loi du 20 juillet 2001 sur la mise en place de l'APA.*

La priorité a été donnée, par les services du Département, à la mise en œuvre de ces réformes afin que les personnes âgées puissent accéder sans retard à l'ensemble des droits qui leur étaient ouverts.

Dès l'année 2002, ces dispositifs étant en place, les travaux préalables à l'élaboration du schéma gérontologique ont été engagés. La démarche a pris du temps en raison des procédures liées au code des marchés publics, mais aussi afin de favoriser la concertation la plus large possible.

Le nouveau schéma gérontologique départemental 2005-2010 a été présenté au Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Médico-Sociale (CROSMS) du 30 mars 2005 où il a été approuvé à l'unanimité, puis adopté par l'Assemblée départementale du 13 mai 2005.
