

Les Cahiers de l'Odas

La PSD un an après : premières tendances

*Étude réalisée par l'Odas
à la demande de la
Commission des Affaires sociales du Sénat*

Janvier 1998

**La PSD
un an après :
premières
tendances**

LES AUTRES PUBLICATIONS DE L'ODAS

- Santé et précarité : du droit à la réalité
Éditions ENSP, 1991
- Grand âge et dépendance
Éditions ENSP, 1992
- L'action sociale décentralisée : bilan et perspectives
Odas Éditeur, ed. 1992 et 1993 (épuisées)
- L'observation de l'enfance en danger : constats et recommandations
Odas Éditeur, 1993 (épuisé)
- Les mutations de l'action sociale communale
Les Cahiers de l'Odas, Odas Éditeur, 1993 (épuisé)
- L'observation de l'enfance en danger : guide méthodologique
Odas Éditeur, 1994
- L'action sociale, dix ans de décentralisation
Odas Éditeur, 1994 (épuisé)
- Villes, personnes âgées et emplois de proximité
Les Cahiers de l'Odas, Odas Éditeur, 1994
- Vieillesse et cohésion sociale : mieux observer pour mieux décider
Odas Éditeur, 1995
- Villes et insertion
Les Cahiers de l'Odas, Odas Éditeur, 1995
- Action sociale, la décentralisation face à la crise
Odas Éditeur, 1996 (épuisé)
- Travail social et surendettement
Les Cahiers de l'Odas, Odas Éditeur, 1997
- RMI et SMIC : étude sur l'apport financier de l'accès à l'emploi par types de ménages
Les Cahiers de l'Odas, Odas Éditeur, 1997
- Pouvoirs locaux : vers une nouvelle réponse sociale
Les Cahiers de l'Odas, Odas Éditeur, 1997
- L'enfance en danger : signalements et réponses en 1996
Les Cahiers de l'Odas, Odas Éditeur, 1998

Les Cahiers de l'Odas

La PSD un an après : premières tendances

*Étude réalisée par l'Odas
à la demande de la
Commission des Affaires sociales du Sénat*

Janvier 1998

Table des matières

Avant-propos	p. 5
Avertissement	p. 7
Introduction	p. 9

Première partie : LA PSD ET LE SOUTIEN INDIVIDUEL À LA DÉPENDANCE

I - Sur les conditions d'octroi	p. 12
A - La mise en place d'un seuil de dépendance	p. 12
B - Le mode de calcul des ressources	p. 13
II - Sur le plan d'aide	p. 14
A - L'évaluation de la dépendance	p. 14
B - Le contenu du plan d'aide	p. 16
C - Le délai d'instruction	p. 17
D - Le contrôle et le suivi	p. 18

Deuxième partie : LA PSD ET L'ORGANISATION DE LA RÉPONSE PUBLIQUE

I - Sur la coordination des réponses	p. 20
A - La coordination des aides autour de la personne	p. 20
B - La coordination de l'offre de services	p. 21
II - L'adaptation qualitative de l'offre de services	p. 22
A - L'offre de services à domicile	p. 22
B - L'offre de service en établissement	p. 24
En conclusion	p. 27
Annexes	p. 29

Avant-propos

En adoptant une loi spécifique sur la dépendance, le législateur souhaitait s'engager sur la voie de l'amélioration du traitement de la demande sociale en matière de vieillissement.

Mais l'éparpillement des compétences et l'étroitesse des marges de manœuvre financières des collectivités et des institutions concernées rendaient l'entreprise difficile, et lui conféraient un caractère exploratoire. D'ailleurs, la loi prévoyait elle-même un dispositif d'évaluation, pour faciliter son adaptation ultérieure.

C'est avec ce souci de vigilance qu'il convenait de recueillir le plus tôt possible des informations sur la mise en œuvre de la loi afin d'en vérifier l'impact et de déceler les améliorations possibles.

La position d'observateur reconnu que l'Odas a acquise par la diversité de ses composantes et la qualité de ses productions devait contribuer naturellement à l'amener à ce processus d'évaluation.

La commission des Affaires sociales du Sénat l'y a invité, ce qui permet à chacun de disposer aujourd'hui d'un premier constat, élaboré avec le concours actif de nombreux acteurs de terrain qu'il convient de remercier.

Grâce à ce rapport, qui complète fort utilement les autres travaux déjà disponibles, peut ainsi s'ouvrir le débat prévu et souhaité sur l'efficacité de la loi un an après son adoption.

Jean-Pierre FOURCADE
Ancien Ministre
Président de la Commission
des Affaires sociales du Sénat

Avertissement

La présente étude, réalisée à la demande de M. Jean-Pierre FOURCADE, Président de la Commission des affaires sociales du Sénat, a pour objectif de donner les premières tendances qualitatives quant à la mise en place dans les départements de la loi sur la prestation spécifique dépendance (PSD).

Les résultats présentés ici proviennent d'entretiens semi-directifs d'environ une heure réalisés auprès de responsables de la mise en place de la PSD au sein de vingt-cinq conseils généraux. Ils portent essentiellement sur la PSD à domicile, la mise en œuvre de la PSD en établissement n'étant pas à ce jour significative (cf. première partie).

Le choix des différents départements a été guidé par la volonté d'atteindre, dans des délais très courts, une certaine variété en interrogeant des départements de différentes tailles et de différentes régions. Il est apparu également nécessaire de privilégier des départements qui avaient participé à l'expérience de la PED (prestation expérimentale dépendance), en raison de leur relatif recul sur la question.

Enfin, les conclusions de cette série d'entretiens ont été présentées à l'Observatoire du soutien au vieillissement de l'Odas (au sein duquel sont représentés douze conseils généraux, plusieurs villes et les principales institutions nationales concernées par la problématique du vieillissement) ainsi qu'à l'Observatoire de l'Action sociale départementale de l'Odas.

La liste des départements interrogés et la grille d'entretien figurent en annexe.

Introduction

Il aura fallu bien des débats, étalés sur plusieurs années et enrichis de très nombreux rapports, pour parvenir enfin le 24 janvier 1997 à l'adoption d'une première loi sur la dépendance inspirée d'une proposition de loi émanant du Sénat.

On pouvait donc s'attendre à ce que cette démarche soit accueillie favorablement. Or c'est dans un climat caractérisé par un certain scepticisme, voire de franches réserves de la plupart des acteurs gérontologiques, que cette réforme s'est engagée.

Il est vrai qu'élaborée dans un contexte marqué par la crise du financement de la protection sociale, cette proposition ne pouvait qu'être limitée dans sa portée. Il fallait réformer l'ACTP (allocation compensatrice pour tierce personne) mais sans violente rupture avec son mode d'attribution et son volume de financement. Les principales caractéristiques et le rattachement institutionnel de la PSD en découleront.

La PSD sera une prestation d'aide sociale réservée aux grands dépendants et la mise en œuvre de la réforme sera, conformément aux principes de la décentralisation, confiée aux départements.

Et pour répondre aux éventuelles critiques sur un excès de prudence, il sera précisé que cette réforme ne constitue que l'étape première d'un processus plus ambitieux à développer.

L'adoption de la PSD représente pourtant déjà en l'état une importante étape de restructuration des politiques de soutien au vieillissement.

On recherche l'amélioration du soutien individuel au vieillissement en créant une aide mieux adaptée et plus effective grâce à une évaluation plus rationnelle de la dépendance et à sa traduction en nature.

On recherche l'optimisation des moyens engagés grâce à leur coordination à travers deux volets : celui des aides autour de la personne et celui des offres de services.

Quelques mois après l'adoption de ce texte il convenait donc d'observer si sa mise en application s'inscrivait dans les perspectives voulues par ses auteurs ou tendait plutôt à renforcer le scepticisme de ses détracteurs. Et pour tenter d'apporter quelques éléments de réponse, il convenait donc d'analyser les premières tendances

observables, tant en ce qui concerne l'amélioration de la réponse individuelle que l'optimisation de la réponse collective dans le soutien au vieillissement.

Première partie

LA PSD ET LE SOUTIEN INDIVIDUEL À LA DÉPENDANCE

On le savait dès le départ, la mise en œuvre de la PSD en établissement ne pouvait être que très exceptionnellement engagée dans les mois suivants l'adoption de la loi du 24 janvier 1997, en raison notamment de l'absence de texte sur la tarification. Et lorsque cette mise en œuvre a été effective, elle s'analyse généralement comme une simple démarche de positionnement pour préparer de futures négociations avec les CRAM (caisse régionale d'assurance maladie).

S'agissant d'un exercice à vocation purement gestionnaire, les solutions provisoires retenues pour la détermination des aides sont donc assez peu significatives et de plus très disparates. Elles reflètent, avant tout, une préoccupation largement partagée par tous les départements : éviter que la triple tarification, au demeurant très complexe, ne se traduise par un transfert de charges du sanitaire vers le social¹.

Ce n'est que dans le cas du maintien à domicile qu'il est aujourd'hui possible de s'interroger sur les premières tendances concernant la mise en place de la PSD et sa conformité avec les intentions du législateur en matière de soutien individuel à la dépendance. En effet, il appartient bien aux départements d'adapter aux spécificités de chaque territoire les dispositions de la législation sur la PSD, tant en ce qui concerne l'instruction des demandes que la détermination du plan d'aide.

¹ En revanche lorsque le "girrage" en établissement est fait, les modalités sont généralement homogènes entre départements. C'est le médecin du conseil général qui évalue le niveau de dépendance des personnes en établissement en concertation avec les responsables de ces établissements.

I - Sur les conditions d'octroi

L'instruction des demandes a pour principal objet de vérifier le respect des conditions d'octroi de la prestation spécifique dépendance qui portent essentiellement sur le niveau de dépendance et le niveau de ressources des demandeurs.

A - La mise en place d'un seuil de dépendance

- La prise en compte du niveau de dépendance pour l'attribution de la prestation spécifique dépendance est partout perçue comme nécessaire, et donc la mesure est engagée sans état d'âme. On comprend le souci d'éviter des transferts financiers trop importants et juridiquement discutés, et de concentrer les plus gros efforts sur la grande dépendance.

- En outre le choix de la mesure (grille AGGIR ("autonomie gérontologie-groupes iso-ressources")) est peu discuté. Très majoritairement, il est reconnu que ce choix permet d'aller vers une évaluation uniforme sur l'ensemble du territoire ; la grille s'avère assez bien adaptée, et utilisable par les travailleurs sociaux (même si elle nécessite une expertise médicale pour la prise en compte des dépendances psychiques). Elle laisse une marge d'initiative raisonnable dans son interprétation. Une difficulté est signalée en ce qui concerne le passage de l'ACTP à la PSD, qui découle de la volonté explicite du législateur de passer de l'incapacité au besoin d'aide : certains handicaps, pris en charge dans le cadre de l'allocation compensatrice, ne sont plus systématiquement considérés comme donnant droit à la PSD. Ainsi en est-il des non-voyants, dont certains conservent une assez large autonomie et qui donc n'auront pas systématiquement droit à la PSD alors que l'ACTP leur était attribuée automatiquement à taux plein. A contrario, plusieurs départements se félicitent de la possibilité d'aider des personnes gravement malades ou en fin de vie, pour lesquelles le passage en COTOREP (commission technique d'orientation et de reclassement professionnel) était exclu.

- Le choix d'avoir limité la PSD aux niveaux de GIR 1, 2 et 3 est en revanche considéré comme particulièrement difficile à mettre en œuvre et à expliciter.

L'effet de seuil, à un niveau de dépendance moyenne, provoque un sentiment d'incompréhension pour toutes les personnes de GIR 4. Leur état de dépendance est reconnu mais ne leur donne pas droit à la PSD. Ce constat est d'autant plus important qu'il s'agit d'un phénomène massif dans la plupart des départements interrogés : plus de la moitié des notifications pour l'aide à domicile sont négatives

et la plupart d'entre elles en raison d'un niveau de dépendance GIR 4² (voir également annexe IV).

Or il faut noter qu'une part importante des ACTP correspondait à des GIR 4³. Les intéressés sont donc contraints de changer d'interlocuteurs en se heurtant alors, par ailleurs, à l'inégalité des montants attribués selon le régime de retraite. En outre, les dépendants lourds dont les ressources sont un peu trop élevées, en particulier à cause de la valorisation de leur patrimoine, se voient interdire toute aide, alors que moins dépendants, ils auraient pu recevoir une aide de leur caisse de retraite.

La plupart des départements interrogés soulignent que le dépassement de ce problème constitue un enjeu majeur pour la réussite de la PSD.

Deux hypothèses sont avancées :

- les départements ayant depuis longtemps des relations construites avec leur CRAM, en particulier ceux qui ont expérimenté la PED, souhaitent qu'une interprétation souple des textes permette, comme pour la PED, la mise en place d'un fonds commun à la PSD et aux prestations d'aide ménagère (certains souhaitent même que ce fonds soit obligatoire). Les personnes moyennement dépendantes pourraient alors immédiatement obtenir une réponse sur le type d'aide qui pourra leur être octroyée ;
- en l'absence de cette forte coordination, tant pour l'évaluation du niveau de GIR que pour la définition du plan d'aide, l'ouverture de la prestation au GIR 4 deviendrait alors indispensable.

B- Le mode de calcul des ressources

• L'introduction dans le calcul des ressources de revenus potentiels du patrimoine est généralement très discutée pour trois raisons :

- alors que la PSD devait continuer à concerner parmi les GIR 1, 2, 3 la même proportion de la population que l'ACTP, on peut craindre que l'intégration du patrimoine dans le calcul des revenus ne réduise son champ d'application. Même si les rejets dus aux revenus restent très minoritaires, généralement inférieurs à 10 % des rejets, il est difficile d'estimer l'effet dissuasif de cette mesure pour ceux qui retirent un dossier sans faire ultérieurement de demande. Si la crainte du recours sur succession joue sans doute le rôle principal dans la dissuasion, le caractère inhabituel d'un calcul de revenus aussi approfondi doit également décourager un certain nombre de demandeurs potentiels ;

2 Les rejets sont beaucoup plus rares en établissement. C'est ainsi que pour l'ensemble des dossiers traités, c'est à dire domicile et établissement cumulés, le SESI observe que, pour 39 départements ayant fourni leurs chiffres, le taux d'acceptation s'élève à 57 % contre 43 % de rejets.

3 En dehors d'une étude ancienne (1985) de la FNG (fondation nationale de gérontologie) sur les bénéficiaires âgés de l'allocation compensatrice, les observations systématiques sont rares, mais de nombreux départements évoquent ce point.

- le mode de calcul intégrant la valorisation du patrimoine est variable selon les départements, ce qui entraîne des problèmes de cohérence et d'égalité dans la mise en œuvre de la PSD ;
- l'intégration dans le calcul des revenus de ceux issus du patrimoine réduit la lisibilité du dispositif et en renforce les aspects bureaucratiques : complexité de la procédure et délais plus longs.

Majoritairement, il est souhaité de revoir cette clause qui complexifie la procédure alors qu'elle semble faire double emploi avec les recours en récupération.

- Le recours en récupération sur successions et donations est rarement mis en cause.

La mise en place du recours en récupération sur succession et donation est partout perçue comme logique voire nécessaire⁴. Cette disposition découle du choix fait par le législateur d'une prestation d'aide sociale, mais évite également que l'aide publique se substitue totalement à l'aide de la famille.

Les départements s'interrogent toutefois sur la portée très inégale, voire excessive, du caractère dissuasif du recours en récupération sur succession et donation. L'écart important entre le nombre de dossiers retirés et celui des demandes effectives est en effet attribué à cette dissuasion, et plus particulièrement dans les départements ruraux où le niveau de patrimoine est moyen ou élevé⁵.

II – Sur le plan d'aide

Le plan d'aide comporte une évaluation de la dépendance et des moyens d'aide nécessaires, afin de déterminer le montant de la prestation et de définir le contrôle et le suivi de ce plan.

A – L'évaluation de la dépendance

- Le caractère pluridisciplinaire de l'évaluation est respecté partout, et au demeurant fortement apprécié. Il est en effet nécessaire de confronter plusieurs points de vue, en particulier lorsqu'il s'agit de cas se situant à la frontière du GIR 3 et du GIR 4.

4 Rappelons que l'ACTP pouvait également faire l'objet d'un recours sur succession mais qui ne s'exerçait pas en ligne directe. Avec la PSD le recours en récupération sur la succession du bénéficiaire de la PSD s'exercera également sur le conjoint et les enfants sur la partie de l'actif net successoral excédant 300 000 F.

5 Il est difficile, en période de mise en place d'une prestation, de mesurer l'importance et d'identifier les facteurs explicatifs d'un effet dissuasif. En tout état de cause, pour ces premiers mois d'observation et pour l'ensemble des départements qui nous ont fourni des chiffres on relève que seul un dossier sur cinq dossiers retirés donne lieu à ce jour à une demande effective.

L'évaluation est faite par au moins deux personnes aux profils différents : assistantes sociales du conseil général ou des CRAM, médecins publics ou médecins libéraux (vacataires ou bénévoles), infirmières, et plus rarement contrôleurs d'aide sociale. En règle générale, on s'efforce d'obtenir une évaluation avec les deux cultures : celle du secteur médical et celle du secteur social.

Cette précaution est souhaitable, mais il faut noter que les différences d'appréciation dans l'évaluation (sanitaire ou sociale) de la dépendance liées à l'origine professionnelle de l'évaluateur sont faibles. Les craintes de certains départements concernant l'intervention du médecin libéral semblent, par ailleurs, en grande partie levées par ceux qui ont fait le choix de cette collaboration.

Il faut enfin préciser que le recours à un avis médical s'avère indispensable dans les cas de démence sénile, et que l'expertise du médecin départemental est recommandée dans tous les cas pour faciliter l'acceptation de l'évaluation par l'intéressé et par les partenaires.

- Les modalités de cette évaluation varient selon les départements, mais sans menacer pour autant la convergence des démarches.

Dans certains départements, deux ou trois évaluations sont faites séparément pour obtenir plusieurs points de vue qui seront synthétisés par le médecin coordonnateur du conseil général au sein de la commission d'attribution de la PSD.

Dans d'autres départements, l'évaluation est faite par une équipe de deux personnes qui établissent ainsi plus rapidement la proposition de plan d'aide.

Bien qu'il soit trop tôt pour comparer les deux méthodes, elles semblent toutes deux donner satisfaction et avoir été essentiellement inspirées par des considérations empiriques⁶.

6 Quelques exemples :

- *Ariège : giration par le médecin du département puis visite d'une assistante sociale pour élaborer le plan d'aide pour GIR 1-2-3. Envoi des autres dossiers aux caisses de retraite.*
- *Aisne : évaluation faite en commun par une assistante sociale de la CRAM et une infirmière du conseil général qui proposent le GIR et le plan d'aide.*
- *Haute-Savoie : première évaluation du médecin traitant, formé et payé pour remplir une grille AGGIR - visite à domicile et deuxième évaluation par une assistante sociale pour les GIR 1-2-3-5-6 avec préparation du plan d'aide. En cas de GIR 4, la visite est faite par une infirmière.*
- *Yvelines : comme en Haute-Savoie, grille remplie par le médecin traitant puis visite d'une assistante sociale. Celle-ci est soit de la CRAM, soit de la MSA, soit du conseil général. La procédure est appliquée à tout demandeur de PSD ou d'aide ménagère et un plan d'aide est élaboré quelles que soient les ressources de la personne. Bien entendu, la PSD relève du seul conseil général.*

B - Le contenu du plan d'aide

- L'évaluation pluridisciplinaire porte dans la plupart des départements sur la totalité des besoins de la personne.

L'analyse des besoins va porter non seulement sur l'accomplissement des actes essentiels de la vie, mais aussi sur l'aménagement de l'habitat, les soins à domicile... Elle intégrera les interventions des aidants naturels. C'est un bilan technique et social fort apprécié des familles d'autant plus qu'il permet de hiérarchiser les besoins. Il a, en outre, une conséquence opérationnelle immédiate : il permet d'organiser la délivrance des prestations par les divers intervenants même si se pose alors le problème de l'organisation de l'offre de service (voir infra).

- Le montant moyen des prestations attribuées au titre de la PSD, par département est compris entre 3 000 et 4 000 F contre 2 500 F en moyenne pour l'ACTP versée aux personnes de plus de 60 ans⁷.

Le montant effectivement attribué dans les plans d'aide est indépendant du GIR car la PSD ne vient qu'en complément de l'aide existante apportée par la famille, les services de soins et les infirmières libérales⁸. Ce constat est bien ressenti par les départements mais n'est compris par les personnes âgées que lorsque le plan d'aide a été réellement concerté. Un seul problème est soulevé : on peut être amené à attribuer une PSD importante à des GIR 3 lorsque ceux-ci ne sont soutenus par aucun aidant naturel. Dans ce cas l'effet de seuil entre GIR 3 et GIR 4 se trouve encore accentué, pouvant alors aggraver le sentiment d'iniquité pour les GIR 3 par rapport au GIR 4.

- L'obligation de mensualisation des aides doit être assouplie, car elle ne facilite pas la mise en œuvre de plans souples et adaptés à certaines demandes d'aides ponctuelles mais coûteuses. La globalisation de la PSD sur plusieurs mois devrait pouvoir être autorisée pour répondre aux situations d'urgences (décès de l'aidant naturel, retour d'hôpital, etc) ou pour permettre à la famille de s'absenter durant quelque temps en ayant recours pendant cette période à des gardes ou autres intervenants rémunérés. Il s'avère aussi souvent nécessaire de financer des dépenses d'équipement. Dès à présent de nombreux départements utilisent cette possibilité par une interprétation audacieuse de la loi qui pourrait donc évoluer dans ce sens.

Le choix d'une prestation en nature est généralement bien perçu par les intervenants sociaux (financeurs, travailleurs sociaux, prestataires...).

⁷ Tous les départements interrogés par l'Odas, comme ceux qui avaient répondu à l'enquête du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ont choisi comme plafond la MTP (majoration tierce personne) (5 596 F). Rappelons que l'ACTP maximum s'élève à 80 % de cette somme, soit 4 477 F.

⁸ On notera que, pour les 58 000 personnes très dépendantes qui bénéficiaient en 1997 d'un service de soin à domicile, la dépense de l'assurance maladie s'élève à 4 700 francs par personne et par mois.

En revanche, les personnes âgées ne vivent pas toujours bien cette contrainte⁹. C'est pourquoi le fait de pouvoir salarier un aidant naturel permet d'atténuer cette réticence même si se pose alors le problème de l'avenir professionnel de ces aidants et se développe le risque de déstabilisation de l'aide bénévole.

- La perception par le bénéficiaire de l'origine de la prestation s'améliore. Mais si ceci peut valoriser les départements lorsque la demande est acceptée, elle les dessert dans le cas inverse. Or rappelons le une fois de plus, parmi les dossiers notifiés d'aide à domicile le nombre de refus est supérieur au nombre d'accords¹⁰. En outre il y a un très grand écart entre les retraits de dossier et les demandes effectives : parmi les départements qui ont pu fournir des indications, seul un dossier sur cinq donne lieu à une demande effective.

C - Le délai d'instruction

Le délai d'instruction du dossier prévu par la loi est généralement respecté malgré les contraintes inhérentes à l'évaluation.

Toutefois, il faut rappeler que le délai ne court qu'à partir du moment où le dossier est complet. Or, on l'a déjà signalé, ce dossier est très lourd à monter, notamment en ce qui concerne le calcul des ressources. En outre, il faut noter que l'interprétation des conditions d'ouverture du délai est différente selon les départements. Pour certains départements, l'instruction est formellement engagée dès que le dossier est considéré comme complet ; pour d'autres départements, la date d'ouverture du délai correspond à la première visite d'un membre de l'équipe médico-sociale.

Malgré ces divergences d'interprétation, on relève une volonté certaine d'accélération de l'instruction qui risque toutefois de se heurter rapidement à une insuffisance de moyens dans certains départements. Car si la montée en charge est encore très faible partout, notamment en raison de la coexistence de l'ACTP et de la PSD, à mesure que la question des renouvellements d'ACTP va se poser, elle va considérablement s'amplifier. Il est, pour l'heure, prématuré de conclure sur ce point¹¹.

9 En Allemagne, qui a fait le choix du "cinquième risque", on a offert aux personnes âgées la possibilité d'obtenir une aide en nature ou une aide en espèces. Alors que le montant de cette dernière est deux fois moins élevé, huit familles sur dix l'ont choisie. Cf. "L'Allemagne a fait le choix du cinquième risque", in Le Journal de l'Action Sociale n° 22, décembre 1997.

10 De manière assez systématique, on constate plus de refus pour GIR 4 que d'acceptations pour GIR 3.

11 Pour l'instant, on ne peut que noter la très inégale mobilisation de moyens pour la mise en place des équipes médico-sociales : par voies de redéploiements, d'embauches ou de conventions. D'après les informations obtenues par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, certains petits départements ont recruté jusqu'à dix personnes (équivalent temps plein), travailleurs sociaux, médecins et infirmières, alors que d'autres départements très peuplés n'ont affecté que très peu de moyens à cette mission.

D - Le contrôle et le suivi

Le nécessaire accord du bénéficiaire sur le plan permet de développer une dynamique de concertation autour de la prestation entre le bénéficiaire, sa famille, et l'ensemble des intervenants.

Cette concertation devrait se poursuivre à travers la mise en œuvre du contrôle et du suivi de la prestation. Mais pour l'instant, seules les procédures de contrôle sont mises en place, et se traduisent essentiellement par une vérification administrative, effectuée le plus souvent par l'intermédiaire de l'Urssaf¹². Seules quelques années de fonctionnement permettront de vérifier si contrôle et suivi sont efficaces, non seulement en ce qui concerne le respect, par le bénéficiaire, de ses engagements mais aussi le respect par la collectivité d'une démarche de vigilance sur la qualité et l'adaptation de la prestation servie.

Dès à présent, les rares départements qui commencent à construire leurs procédures de suivi qualitatif envisagent des visites plusieurs fois par an en cas d'emploi direct, et annuellement en cas de recours à un service organisé.

12 Ce contrôle ne peut, bien évidemment, porter que sur l'utilisation effective de la somme versée par le département ce qui ne correspond pas toujours à la rémunération de la totalité des heures préconisées dans le plan.

Deuxième partie

LA PSD ET L'ORGANISATION DE LA RÉPONSE PUBLIQUE

Même si la loi n'en précise pas les contours, l'organisation optimale des diverses interventions et initiatives publiques et privées doit s'engager dans deux directions. D'une part l'organisation de l'offre doit tendre à une meilleure coordination territorialisée des réponses engagées afin d'offrir dans un cadre cohérent la plus grande panoplie de services.

D'autre part, elle doit permettre de mieux ajuster l'offre et la demande, permettant ainsi au demandeur de sortir du moule des offres formelles existantes. Paradoxalement, la structuration de l'offre doit viser à en assouplir les contours afin que celle-ci s'adapte davantage aux situations individuelles et locales.

I – Sur la coordination des réponses

Lorsque les personnes âgées nécessitent plusieurs formes d'aides il faut parvenir à en organiser la délivrance dans le cadre d'un projet de vie. Cette coordination des aides autour de la personne ne peut toutefois être convenablement organisée que si elle s'accompagne d'une coordination des réponses. C'est pourquoi l'accent est mis depuis de nombreuses années tout à la fois sur l'une et l'autre des formes de coordination sur lesquelles le législateur a souhaité agir.

A – La coordination des aides autour de la personne

La coordination des aides autour de la personne est prévue par la loi du 24 janvier 1997 qui précise que des conventions obligatoires doivent être conclues à cette fin entre le département et les organismes locaux de sécurité sociale.

A ce jour, le nombre de conventions signées est encore faible mais ce constat ne signifie pas que les parties concernées ne s'y engagent pas activement. Il reflète plus souvent le souci de parvenir à un accord durable après une concertation de qualité portant sur tous les aspects de la coordination.

Il faut d'ailleurs noter que l'absence de conventions n'entrave en rien dans l'immédiat les premiers pas d'une coordination qui s'organise à travers la participation des assistantes sociales des CRAM, voire de la MSA (mutualité sociale agricole), aux équipes médico-sociales dans un certain nombre de départements. En outre, quelques départements ont mis en place ou commencent à organiser une instruction commune pour l'ensemble des demandes d'aide à domicile. Tel est en particulier le cas dans les départements qui mènent depuis deux ans une expérimentation PED.

Dans ces différents cas, la CRAM joue généralement un rôle de caisse pivot en ce qui concerne les GIR 4, 5, 6 identifiés à l'issue de l'évaluation par l'EMS (équipe médico-sociale).

Ainsi, même si les cas de coopération restent encore minoritaires¹, la plupart des départements soulignent leur intention de s'attacher à leur développement.

¹ La CNAV identifiait en septembre 1997, pour 90 départements, trois types de situations :

- dans 26 départements, la concertation est quasi inexistante, en raison d'arguments d'ordre financier.
- dans 39 départements, bien que le département et la CRAM n'aient pas d'équipe commune, celle-ci accepte l'évaluation de l'équipe départementale pour les GIR 4, 5, 6. En outre, dans 24 d'entre elles, des équipes restreintes sont organisées dans les situations où l'évaluation s'avère plus délicate (entre GIR 3 et GIR 4).
- dans 25 départements, sont mises en place des équipes conjointes pour l'instruction des demandes de PSD. La moitié d'entre elles traitent toutes les demandes de PSD ou d'aide ménagère sans restriction ni de niveau de GIR ni de niveau de ressources.

Tous reconnaissent que c'est l'intérêt de toutes les parties de mener une instruction commune pour tous les demandeurs d'aide, qu'il s'agisse d'une demande de PSD ou d'aide ménagère. Cette évolution est d'autant plus souhaitable que les CRAM souhaitent que toute demande d'aide ménagère portant sur plus de 30 heures mensuelles soit évaluée par l'équipe médico-sociale ² (circulaire CNAVTS du 13 juin 1997).

En revanche, l'ouverture de la démarche de coordination des aides autour de la personne à d'autres organismes que les caisses de sécurité sociale est fort peu engagée malgré les possibilités offertes par la loi à travers la conclusion de conventions facultatives. Certes quelques départements ont engagé une dynamique de concertation à cette fin, mais ce processus reste encore exceptionnel et inachevé. Il faut enfin noter que sauf très rares exceptions, les villes sont absentes de la procédure d'évaluation des besoins et de construction du plan d'aide. Elles sont certes informées des demandes mais dans la majeure partie des cas, leur rôle ne va pas au-delà du seul enregistrement. Or, selon l'enquête de l'Odas citée ci-après, près de la moitié (44 %) des villes de plus de 30 000 habitants souhaitaient en 1996 être associées aux futures EMS pour l'évaluation des besoins et l'élaboration du plan d'aide.

B - La coordination de l'offre de services

Recherchée depuis 25 ans, par l'intermédiaire de la mise en œuvre de schémas, la coordination de l'offre de services destinée à optimiser l'impact des moyens engagés tant sur le plan quantitatif que qualitatif reste encore très largement perfectible. Les analyses faites par la Cour des comptes et les enquêtes de l'Odas ont montré le caractère inachevé des démarches de planification tant en ce qui concerne l'analyse des besoins que l'harmonisation interinstitutionnelle des réponses.

Or, l'intérêt d'une recherche de diagnostic social se renforce chaque jour avec la profonde évolution du contexte socio-démographique tandis que se confirme l'urgence d'une complémentarité des interventions publiques.

L'articulation des actions sanitaires et sociales justifiait déjà une harmonisation des politiques. Celle-ci se trouve aujourd'hui renforcée par l'évolution du rôle des villes ³ vers l'orientation des personnes et la coordination de l'offre.

² Dans l'Eure-et-Loir on procède à la constitution de secteurs de coordination gérontologique en partenariat avec les caisses de retraite et les villes. L'instruction homogène des demandes et l'élaboration des plans seront facilitées par l'utilisation d'un dossier commun en cours d'élaboration, accompagné de recommandations méthodologiques construites en commun.

Dans l'Oise la convention inter-régionale avec la CRAM de Nord-Picardie s'inspire du contenu de la convention préexistante portant sur la PED. Celle-ci avait consolidé une dynamique partenariale aboutissant à la constitution de pôles gérontologiques interinstitutionnels. Les équipes médico-sociales qui y sont rattachées sont constituées d'une infirmière du conseil général et d'une assistante sociale de la CRAM qui instruisent aussi bien les demandes de PSD que d'aide ménagère.

C'est donc en partant de ces diverses constatations quant à l'impact limité du processus décentralisateur que la loi sur la PSD a mis l'accent sur la mise en œuvre de dispositifs d'observation gérontologique comme démarche préalable à un partenariat d'action. Malgré le caractère purement incitatif des dispositions de la loi concernant l'observation gérontologique, de nombreux départements semblent aujourd'hui soucieux de s'y engager en s'inspirant notamment de la démarche expérimentale du département d'Eure-et-Loir (cf. annexe II). Il est vrai que dans ce département les différents acteurs fortement impliqués dans la PSD malgré leur diversité institutionnelle relèvent que la pratique de l'observation partagée a généré le désir d'une action partagée. Les départements ayant expérimenté la PED reconnaissent également que l'établissement commun d'un diagnostic favorise le partenariat.

II - L'adaptation qualitative de l'offre de services

On le sait et les départements le confirment, une restructuration de l'offre de services s'impose pour trois raisons :

- l'attente du public dont les besoins se complexifient,
- l'attente des professionnels soumis à une réglementation de moins en moins adaptée à l'évolution du marché,
- l'attente des responsables locaux qui souhaitent une plus grande cohérence dans la qualification des métiers.

Cette restructuration est non seulement nécessaire à domicile mais aussi en établissement.

A - L'offre de services à domicile

L'offre actuelle de services est à la fois disparate et très inégalement réglementée en ce qui concerne son contenu. En outre, elle est souvent déstabilisée par la mise en œuvre de nouvelles mesures pour l'emploi. Ainsi, les dispenses de cotisations sociales en cas d'emploi direct par la personne âgée ont entraîné la multiplication des associations mandataires dont un grand nombre de départements relèvent que leur développement pose problème.

3 D'après une enquête réalisée par l'Odas en 1996 auprès des villes de plus de 30 000 habitants, la grande majorité des villes a très largement diversifié ses modes d'intervention auprès des personnes âgées ces dernières années. Au côté des services déjà traditionnels de téléalarme, d'aide ménagère, de portages de repas, de foyers restaurants..., les villes se mobilisent maintenant sur le soutien à la vie sociale (accompagnement, transports adaptés, activités inter générationnelles). La très grande palette des services offerts par elles-mêmes et par les autres intervenants publics et privés les amène à organiser des plates-formes d'orientation des personnes et de promotion de l'offre dans une ville sur cinq. On note par ailleurs l'existence d'un service d'accueil et de conseil dans près de neuf villes sur dix. Ces nouvelles responsabilités conduisent certaines villes à se doter d'un schéma gérontologique. Le quart de ces villes déclare en avoir un, et un autre quart déclare en élaborer un. Or, cette dynamique n'est engagée que trop rarement en cohérence avec la démarche départementale. Seul un tiers des villes ont été associées à la planification départementale.

C'est donc dans le cadre d'une large panoplie de services que les départements ont été amenés à proposer des tarifs de référence.

En cumulant les informations du SESI (service des statistiques, des études et des systèmes d'information) portant sur seize départements et celles de l'Odas portant sur quatorze départements supplémentaires, on constate deux types de démarches⁴ :

- douze départements semblent privilégier dans leurs plans d'aides le recours à des professionnels en fixant un ou plusieurs tarifs pour les services prestataires, un tarif pour les services mandataires, et un tarif égal ou plus faible pour l'emploi de gré à gré. Les tarifs prestataires s'échelonnent de 80 à 85 francs (en général 80,49 francs, ce qui correspond au tarif de la CNAV pour les services d'aide ménagère). Les tarifs mandataires s'échelonnent de 50 à 60 francs (55 francs le plus souvent). Pour l'accord de gré à gré quand un tarif est explicitement mentionné, il va de 40 à 50 francs.
- dix-huit départements semblent privilégier le recours aux formules les plus économiques. Ainsi cinq départements sur trente ne prévoient qu'un tarif mandataire et un tarif pour le gré à gré. Treize départements ne prévoient qu'un tarif forfaitaire unique (de 40 à 60 francs) qualifié de provisoire⁵.

Malgré ces différences quant à la mise en œuvre de tarifs de référence, il faut relever que la plupart des départements souhaitent que la mise en œuvre de la PSD soit l'occasion d'une restructuration de l'offre existante.

En effet, le contenu des métiers doit mieux s'adapter à la réalité des besoins. Trois fonctions, toutes trois à fort contenu relationnel, semblent aujourd'hui bien repérées à côté des soins médicaux : la fonction d'aide à la personne dépendante (auxiliaire de vie), la fonction d'aide ménagère, et la fonction d'accompagnement dans la vie sociale.

Une graduation des coûts de ces trois fonctions s'impose, en raison de la difficulté des tâches et du niveau de formation requis. Cela ne signifie pas pour autant le recours automatique à plusieurs intervenants.

Or, actuellement, les tâches les plus délicates, quand elles ne sont pas assurées par les services de soins à domicile, sont souvent les moins bien reconnues et les moins réglementées : le besoin d'un grand nombre d'heures entraîne souvent le recours à du personnel peu payé et peu qualifié.

En outre, les emplois d'accompagnement de la vie sociale n'existent pratiquement pas, car le problème de leur solvabilisation reste à résoudre (emplois-jeunes, bénévolat des jeunes retraités).

⁴ Ainsi 13 des 30 départements fixent un forfait unique (43 %). L'APCG de son côté a dénombré 36 forfaits uniques pour 88 départements (41 %) ce qui confirme la même tendance.

⁵ Le département de l'Indre négocie avec les services mandataires pour financer directement leur surcoût lié à la gestion et à la formation. La Charente envisage de payer directement les services mandataires.

On peut noter que la totalité des départements souhaitent une définition des métiers et sont prêts à participer au financement des formations correspondantes⁶.

Or, actuellement, si un mouvement de restructuration se développe en faveur des services mandataires, il est essentiellement provoqué au sein du monde associatif par l'impact des réductions de cotisations sociales sur le coût du service dans le cas où la personne âgée est formellement l'employeur (contrairement au recours à un organisme prestataire).

Il faut enfin relever qu'en ce qui concerne l'embauche de proches, la plupart des départements l'acceptent car elle correspond à une forte demande des personnes âgées (de l'ordre du tiers des demandes dans plusieurs départements)⁷. Mais se pose le problème de leur professionnalisation et de leur carrière. En outre, comme nous l'avons déjà évoqué, cette démarche peut engendrer des tensions avec les aidants bénévoles, risque d'autant plus aigu que les plans tiennent compte de ces aides bénévoles.

B - L'offre de services en établissement

Avec la PSD en établissement, on cherche à adapter la réponse sociale et médicale dans sa diversité à l'état de dépendance de la personne. Si l'utilité d'une clarification n'est remise en cause par personne, sa mise en œuvre est perçue par tous comme d'une rare complexité. Trois points semblent particulièrement discutés :

- la solvabilisation individualisée de la personne dépendante et ayant peu de ressources, souhaitée par les politiques, rend difficile le montage du budget de l'établissement alors que depuis quelques années on tendait de plus en plus vers une globalisation des budgets.
- la répartition de l'aide à la dépendance entre le sanitaire et le social comporte inévitablement une grande part d'arbitraire. Avec la progression des besoins, les risques de tensions s'amplifient, sauf si une règle très simple et arbitraire de partage est définie pour le présent et l'avenir.
- les personnes très dépendantes dont le montant de ressources trop élevé ne permet pas l'octroi d'une PSD, devront payer plus cher qu'actuellement. Feront-elles dans ces conditions le choix de l'établissement ?

L'absence de réglementation sur la tarification ne facilite pas la réponse à ces trois questions. C'est une attitude d'attente accompagnée de mesures provisoires qui prévaut aujourd'hui. Les différentes décisions prises par les départements ne reflètent

⁶ Sur ce point les expériences de la Charente et de l'Ille-et-Vilaine, soutenues par le FSE sont très significatives.

⁷ Le département de l'Ain met en place avec le service financier des caisses de retraite des formations destinées aux aidants naturels.

donc que très imparfaitement leur intention de s'inscrire plus ou moins activement dans une politique d'adaptation des interventions dans les établissements.

En outre, si les décisions sont aujourd'hui avant tout marquées par des préoccupations étroitement financières c'est parce que le risque financier est considérable en raison de la très forte concentration de GIR 1, 2, 3 en établissements. La population dépendante en établissement (environ 330 000, de tous niveaux de ressources, hors foyer-logement) est bien plus nombreuse que la population bénéficiaire de l'aide sociale à l'hébergement (140 000).

En conclusion

Si l'observation de la mise en œuvre de la PSD en établissement n'offre à ce jour que très peu d'enseignements, en revanche, celle de six mois de PSD à domicile permet de dégager un certain nombre de tendances.

- Malgré les difficultés inhérentes à tout changement, la mise en œuvre de la PSD à domicile semble aujourd'hui bien engagée.

La plupart des départements y voient une réforme permettant d'optimiser la réponse publique par une meilleure adaptation aux besoins individuels et une réelle effectivité des aides.

En effet, le recours à une évaluation pluridisciplinaire des besoins permet non seulement le décroisement du social et du sanitaire mais aussi son ouverture sur le sociétal. La coordination des aides autour de la personne et l'élaboration d'un plan personnalisé construit avec le bénéficiaire est partout perçue comme un progrès réel par rapport à l'ACTP.

Par ailleurs, l'évaluation pluridisciplinaire des besoins à l'aide d'une grille de mesure commune permet de renforcer l'homogénéité des pratiques des départements. En outre, le recours à une prestation en nature dont le suivi sera organisé devrait participer à la mise en place d'une offre de services mieux adaptée et créatrice d'emploi. Il reste que les incohérences réglementaires en matière d'emploi ne facilitent pas la restructuration de l'offre, partout souhaitée.

Enfin, la collaboration avec les caisses de sécurité sociale et de retraite, souhaitée par le législateur, semble de plus en plus perçue comme une nécessité pour garantir la cohérence de la réponse publique aux besoins des personnes âgées. C'est tout particulièrement le cas des départements qui ont mené l'expérimentation de la PED, mais aussi de tous ceux qui entendent renforcer le soutien au vieillissement.

- Toutefois, un certain nombre de réserves sur le dispositif sont dès à présent largement partagées.

En premier lieu, les départements se sont vite heurtés à la complexité des montages de dossiers, en particulier en matière de calcul des ressources.

L'intégration des revenus virtuels du patrimoine semble faire double emploi avec le principe de la récupération sur succession, alourdissant la charge de travail tout en atténuant la lisibilité du dispositif.

À cet égard, pour les personnes très dépendantes, le caractère accentué d'aide sociale de la prestation par rapport aux aides à domicile qui existaient jusqu'alors renforce les aspects de soutien à la pauvreté au détriment du soutien à la dépendance lourde.

Mais surtout, les départements font preuve d'une certaine prudence dans la promotion du dispositif car ils constatent déjà la déception d'un grand nombre de demandeurs non éligibles malgré la reconnaissance de leur état de dépendance au demeurant bien réel (GIR 4). Sans une très forte collaboration, pouvant aller jusqu'à la mise en place d'un fonds commun avec les caisses de retraite, le dispositif, en l'état, suscite sur ce point plus d'incompréhension que d'adhésion.

C'est probablement l'une des raisons qui expliquent pourquoi la montée en charge est globalement lente, notamment dans les départements les plus peuplés.

Le législateur avait mis l'accent sur le caractère provisoire de la loi. Les premières évaluations confirment le bien-fondé de cette prudence, car l'évolution du dispositif semble nécessaire, tout particulièrement en ce qui concerne les conditions d'éligibilité, dans leur contenu ou leur mise en œuvre.

Il faudra alors pouvoir l'intégrer davantage dans une dynamique interinstitutionnelle et l'ouvrir encore plus sur une approche globale du soutien au vieillissement.

Annexes

Annexe I

MÉTHODOLOGIE

Liste des vingt-cinq départements interrogés

Ain*
Aisne
Alpes de Haute-Provence
Ariège
Charente*
Doubs
Eure
Eure-et-Loir
Finistère
Gironde
Ille-et-Vilaine*
Indre*
Mayenne
Meurthe-et-Moselle
Meuse
Nièvre
Oise*
Pas-de-Calais
Puy-de-Dôme
Haute-Saône
Haute-Savoie
Seine-et-Marne
Yvelines
Haute-Vienne
Territoire de Belfort

(* départements de l'expérimentation PED)

Grille d'entretien

Il s'agit d'identifier les principales tendances concernant l'établissement du plan d'aide et la dynamique de coordination.

A/ LE PLAN D'AIDE

1) Procédure d'évaluation des besoins à domicile

- Qui mesure le GIR ? Une seule personne ou plusieurs ? Dans ce dernier cas, comment est assurée la cohérence ? Comment sont traités les cas limites ?
- Quel déroulement ? nombre de visites ? par qui ?
- De quelle manière est prise en compte l'aide de la famille ?
- Contact avec le médecin de famille, en particulier pour orienter vers un service de soins à domicile ?
- L'aide soignante, l'infirmière ou l'aide ménagère intervenant déjà auprès de la personne sont-elles associées à l'élaboration du plan ?
- Tarifs horaires : combien y a-t-il de tarifs, pour quels montants, pour quelles prestations ?
- Le montant total suffit-il à couvrir le plan ?
- Le conseil général affiche-t-il une politique déterminée en matière de recours aux services prestataires, mandataires, à l'emploi de gré à gré ?

2) Cheminement administratif

- Où retire-t-on les dossiers ? Rôle du maire ?
- Délais de réaction
- Taux de rejet ? Pour quelles raisons ?
- Taux de refus ? Pour quelles raisons ?
- Contrôle d'effectivité : sur quelle base ? Quel suivi est envisagé ?

3) Souplesse du plan

- Comment est organisée la procédure d'urgence : retour d'hôpital, rupture d'aide naturelle... ?
- Aide souple aux aidants, occasionnelle ou en périodes bloquées.

4) Évaluation en établissement

- Envoie-t-on un évaluateur et qui ?
- Quels sont les tarifs ?
- GIR 4 et 5, articulation avec l'aide sociale à l'hébergement.

B/ LES PARTENAIRES

1) Concernant la CRAM

- A-t-on mis en place ou prévu des équipes mixtes d'évaluation ?
- Est-ce uniquement pour les demandes de PSD ou également pour les demandes d'aide ménagère ?
- Articulation entre équipes conseil général et CRAM ?
- Comment se vit la coupure GIR 3 et GIR 4 ?
- La CRAM complète-t-elle la PSD pour des GIR 1, 2, 3 non financés en totalité par le conseil général ?
- Existe-t-il des conventions entre la CRAM et le conseil général ?

2) Concernant la MSA et les Caisses de retraite

- Mêmes questions que pour la CRAM

3) Concernant les Villes

- Sont-elles associées à l'évaluation individuelle ? à la programmation de l'offre de services ?

C/ MÉTIERS ET FORMATIONS

- Quelles sont les réflexions du département en ce qui concerne :
 - les auxiliaires de vie ?
 - les aidants naturels salariés ?

D/ MOBILISATION DES ÉLUS

- Quelle politique d'information du public a-t-on choisie ?
- Comment gère-t-on le cas des ex-bénéficiaires de l'Allocation compensatrice n'ayant pas droit à la PSD ?
- Comment gère-t-on les effets dissuasifs du recours sur succession ?
- Volonté de faire une politique gérontologique globale ou souci financier prioritaire ?

E/ REMARQUES SUR LES DISPOSITIONS ACTUELLES

(Commentaires libres)

Annexe II

PSD ET COORDINATION GÉRONTOLOGIQUE EN EURE-ET-LOIR

PSD ET COORDINATION GÉRONTOLOGIQUE EN EURE-ET-LOIR

Dans ce département, une démarche d'observation gérontologique partagée entre tous les partenaires est en place depuis deux ans. Elle a donné des habitudes de connaissance mutuelle et de travail en commun qui permet de mettre en place à l'occasion de la PSD une véritable politique gérontologique.

La sectorisation du département en quatre instances de coordination gérontologique est en cours, avec la collaboration non seulement de la CRAM et de la MSA mais aussi des villes, de l'État et des autres partenaires. Le but en est d'harmoniser et de coordonner les actions et les politiques. Le schéma gérontologique départemental est en cours d'élaboration. Les deux premières instances de coordination qui seront mises en place se situeront dans les deux villes principales.

Dans ce contexte, le département et ses partenaires ont retenu le principe d'un traitement unique de toutes les demandes, qu'elles soient de PSD ou d'aide ménagère.

- Il est procédé à une évaluation globale et systématique des besoins de tout demandeur et cela quel que soit le niveau de ressources et le GIR. Une seule exception est faite à cette règle : lorsque une demande faite à la CRAM porte sur moins de dix heures, l'évaluation est faite par l'association d'aide ménagère. Mais même dans ce cas l'évaluation peut être renvoyée à l'EMS lorsque existe une présomption de forte dépendance.
- Le médecin de famille établit un certificat médical dans lequel il propose le classement GIR de la personne âgée., à l'aide de la grille AGGIR.
- Ensuite, une visite est effectuée par une assistante sociale, soit de la CRAM soit du CG.
- Enfin l'EMS valide le niveau GIR et le plan d'aide. Il n'existe pour l'instant en Eure et Loir qu'une seule EMS mais il est prévu de mettre en place une EMS par secteur gérontologique lorsque ceux-ci seront constitués et lorsque une méthodologie unique sera au point.

Comme préalable à la sectorisation des EMS, le département a mis en place avec ses partenaires un groupe méthodologique qui élabore un dossier commun d'instruction pour la PSD et les aides ménagères, ainsi que des règles homogènes d'évaluation du niveau GIR, d'analyse des besoins, de montage des plans d'aide. Dans ce but les principaux partenaires participent à l'EMS unique.

Annexe III

PREMIERS BILANS DE LA PSD EN MEURTHE-ET-MOSELLE ET DANS LE TERRITOIRE-DE-BELFORT



Rapport N°	Page

RAPPORT DU PRESIDENT

R.A.	B.S. 2 - 1997
SESSION DU 6 octobre 1997	

La PRESTATION SPECIFIQUE DEPENDANCE après 3 mois de fonctionnement

La prestation spécifique dépendance (P.S.D.) a été instituée par la loi du 24.01.97 complétée par les décrets d'application du 30.04.97.

Pour mémoire, je vous rappelle qu'il s'agit d'une prestation en nature destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus dont la perte d'autonomie nécessite le recours à une aide pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne.

Dès son lancement, du fait notamment d'une médiatisation marquée, les demandes ont très vite afflué. Ainsi, entre le 1er juin et le 1er septembre, le Conseil Général a réceptionné 740 dossiers.

Le présent rapport a pour objet de vous faire part des premiers résultats, constats, réactions du public et des professionnels après 3 mois de fonctionnement.

Il est exclusivement centré sur l'instruction des dossiers et l'attribution de la prestation ; l'utilisation de la P.S.D. et ses retombées éventuelles sur l'emploi ne pourront évidemment être abordées que dans un délai plus lointain.

I - Quelques données chiffrées

A/ Une forte pression de la demande

Au 1er septembre 1997 :

- ☞ 530 dossiers sont en cours d'instruction
- ☞ 130 ont donné lieu à attribution de la P.S.D. avec un premier versement en septembre
- ☞ 80 ont été : - soit déclarés "sans suite" à la demande de la famille ou du fait du décès de la personne âgée,
- soit rejetés, le demandeur ne remplissant pas les conditions au regard de sa dépendance ou de ses ressources.

Soit au total 740 dossiers en cours d'instruction ou déjà traités.

Parmi eux, seulement 227 concernent des bénéficiaires de l'A.C.T.P. La P.S.D. suscite donc une large proportion de demandes non exprimées en A.C.T.P.

B/ Le profil des demandeurs

L'analyse des dossiers conclus par une décision d'attribution ou de rejet de P.S.D. donne les résultats suivants :

- ☛ 55 % concernent des personnes âgées en établissement
45% des personnes âgées à domicile
- ☛ 12,5 % sont des hommes
- ☛ 70% ont 80 ans et plus
- ☛ 66 % relèvent du régime général
5 % de la M.S.A.
5 % du régime minier
24 % des autres caisses

Les demandes des personnes résidant à domicile :

50 % ont été satisfaites (parmi celles-ci 40% souhaitent recourir à l'aide d'un membre de leur famille, 60% envisagent une embauche extérieure. Mais toutes ont un soutien familial)

50 % refusées essentiellement du fait d'une dépendance "insuffisante"

Les demandes des personnes hébergées en établissement :

90 % ont été satisfaites
10 % refusées

II - Constats et Remarques des Professionnels

A/ La procédure réglementaire d'attribution est extrêmement lourde

En effet, en 2 mois, délai maximal de traitement d'une demande, il faut :

- réceptionner le dossier administratif, vérifier sa complétude et le cas échéant, demander des pièces complémentaires,
- consulter la Mairie de résidence : à ce sujet, certaines communes ont manifesté leur incompréhension quant à ce recueil d'avis jugé de pure forme ; d'autres auraient souhaité qu'il leur soit précisé les points sur lesquels leur avis doit porter,
- élaborer le plan d'aide,
- le proposer à l'intéressé et attendre le retour de son avis,
- prendre la décision finale et la notifier à toutes les parties : en premier lieu le demandeur mais aussi la Mairie de résidence, l'organisme (caisse de retraite) ayant participé à l'évaluation médico-sociale, la Paierie Départementale, l'URSSAF
- enfin, contrôler à posteriori l'utilisation que le bénéficiaire fait de la prestation

Rappelons qu'à chacune de ces étapes correspond un délai à tenir d'où une charge de travail évidente.

B/ Le plan d'aide proposé aux personnes âgées à domicile

Les plans d'aide proposés ont été, à quelques exceptions près, acceptés par les intéressés et leur famille. Ils ont un coût moyen mensuel de 3 000 F, chiffre qui méritera cependant d'être confirmé sur un plus grand nombre de situations. Lors de leur élaboration, les personnes âgées émettent certains vœux qui ne sont pas sans conséquence. Les professionnels ayant procédé aux évaluations à domicile ont notamment recensé trois problèmes principaux :

- 40% des personnes âgées auxquelles la P.S.D. a été attribuée à domicile, sont aidées par un membre féminin de leur famille et ne souhaitent pas employer une aide extérieure. Cette attitude a l'avantage d'éviter à la fille ou à la petite-fille d'être RMiste, CES, chômeuse ou simplement lui permet d'obtenir des droits propres à la Sécurité Sociale.

Mais cela signifie aussi que l'attribution de la P.S.D. n'apporte pas d'aide supplémentaire à la personne âgée et surtout confine la fille ou petite-fille dans des fonctions qu'elle assumait initialement de façon spontanée et bénévole. Dès lors, celle-ci ne recherche plus d'emploi et on peut légitimement se demander ce qu'il adviendra lorsque la grand-mère décèdera. Comment mettre à profit ce temps où l'aide familiale est salariée pour lui permettre d'envisager un avenir professionnel ?

- certaines personnes âgées qui bénéficiaient d'une aide ménagère sont contraintes et désolées d'y renoncer dès lors qu'elles perçoivent la P.S.D. Ceci provient du montant du tarif horaire sur la base duquel le plan d'aide est valorisé. Fixé à 57 F, ce coût correspond à la moyenne de ceux arrêtés par les autres Départements. Il est aussi tout à fait adapté aux emplois directs ou au recours à une association mandataire. Par contre, il ne permet pas de faire appel aux associations d'aide ménagère car elles pratiquent un tarif nettement supérieur (environ 80 F),
- enfin, les situations déjà examinées ont permis de confirmer l'important investissement des familles auprès de leurs parents âgés. Certaines ont d'ailleurs d'évidentes difficultés à accepter la dépendance croissante des leurs, et se culpabilisent de ne pouvoir faire assez pour eux. A ce titre, le département de Meurthe-et-Moselle a mis en place à titre expérimental le programme "orchidée" qui réunit ces familles pour les aider à passer cette épreuve difficile. A priori, l'extension de ce programme serait la bienvenue. Mais sur quels moyens s'appuyer afin de mener à bien le développement de cette action ?

C/ Adaptation des services du Conseil Général à cette nouvelle prestation

La mise en place des visites chez les personnes âgées a entraîné une réorientation du travail des conseillères en économie sociale et familiale, coordonnatrices....

Cette évolution a reçu un avis favorable du C.T.P. le 13 mars 1997 et de l'Assemblée Départementale au cours de la dernière session. Reste maintenant à faire évoluer la fonction d'infirmière-surveillante qui continuera à suivre les Schémas Locaux d'Evolution et en même temps le fonctionnement de la mise en place des plans d'aide. Ce poste existe déjà au Service de Prévention Médico-Sociale et a démontré son efficacité.

Aussi, un recrutement s'impose, compte tenu de la vacance récente du poste. Ce grade n'existe pas dans la fonction publique territoriale et afin d'apporter la souplesse nécessaire, une convention de mise à disposition de ce service avec un hôpital s'impose.

III - Questions et réactions des personnes âgées et de leur famille

A/ Au plan général

Les services concernés (Aide Sociale Générale et Prévention Médico-Sociale) sont très sollicités par téléphone et par de nombreuses visites au C.A.D. Blandan : au service d'aide sociale notamment ces contacts mobilisent en permanence plus d'un agent à temps plein. Les questions posées par les familles concernent essentiellement la récupération sur succession et donation, mais aussi le sens exact de certaines rubriques du dossier administratif, et la méthode d'évaluation de la dépendance. Sur ce dernier point, on relève un décalage évident entre la perception que la famille a de la dépendance de son parent et le niveau de dépendance requis pour obtenir la P.S.D.

B/ Quant aux personnes passant du régime A.C.T.P. à celui de la P.S.D.

Les réactions sont plus critiques par rapport à :

- ☞ l'obligation de salarier le tiers aidant,
- ☞ la prise en compte, dans l'examen de la demande de toutes les ressources, quelle que soit leur nature ; alors que seul le revenu net imposable était pris en considération dans une demande d'ACTP,
- ☞ interrogation également quant au montant de la P.S.D. attribuée :
pour les bénéficiaires en établissement, le montant de P.S.D. accordé est très inférieur à celui perçu en ACTP (environ 1 500 F en P.S.D., 2 500 F en ACTP), par contre pour celles vivant à leur domicile, la somme attribuée au titre de la PSD peut être soit inférieure, soit supérieure à celle perçue au titre de l'ACTP, ce qui confirme bien que les 2 prestations résultent d'appréciation totalement différente : la PSD est évaluée en fonction du besoin d'aide de la personne, l'ACTP par rapport à sa déficience.

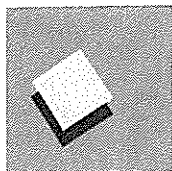
C/ La situation particulière des personnes en hébergement collectif.

Pour mémoire, je vous rappelle que l'instauration de la P.S.D. devait s'accompagner d'une réforme de la tarification des établissements. Or, la Direction de l'Action Sociale du Ministère vient d'annoncer le report au delà de 1998 de cette réforme. Il a également été confirmé que, dans l'attente, la P.S.D. devait s'analyser comme une solvabilisation de la personne âgée dépendante, sans impact sur la structure des prix de journée des établissements.

C'est bien ce raisonnement qui a été tenu en Meurthe-et-Moselle. Les personnes âgées en hébergement collectif classées en GIR 1 à 3 peuvent, sous réserve du montant de leurs ressources, percevoir un forfait dépendance de 50 F/jour, somme qui atténue d'autant leurs frais de séjour.

A titre indicatif, ce montant forfaitaire, même s'il est jugé insuffisant par certains, se situe parfaitement dans la moyenne nationale.

L'expérience est bien entendu insuffisante pour tirer des enseignements définitifs sur cette nouvelle prestation. La montée en charge ne fait que débiter. De ce fait, l'estimation de la dépense qui en découlera est très difficile à réaliser.



**DIRECTION DES PERSONNES AGÉES, HANDICAPÉES
ET DE L'AIDE MÉDICALE**

PRESTATION SPÉCIFIQUE DÉPENDANCE

BILAN INTERMÉDIAIRE

Nous avons essayé dans ce rapport de dresser le bilan de la prestation spécifique dépendance depuis sa mise en application en juin 1997.

L'interprétation de certains des éléments qui vont suivre reste très relative compte tenu de la taille modeste de l'échantillon à analyser. En effet, pour l'instant, seulement 68 dossiers ont fait l'objet d'un accord.

Bilan de quatre mois et demi d'attribution de la PSD

A Le flux des dossiers

La première commission médico-sociale s'est tenue le 7 juillet 1997. Depuis cette date une commission se réunit tous les 15 jours.

9 commissions se sont donc tenues qui ont examiné 113 dossiers : 77 à domicile et 36 en établissements.

La montée en charge s'est faite progressivement. Sur les 4 dernières commissions, c'est en moyenne 17 dossiers qui ont été présentés.

Tous les cantons du Territoire de Belfort sont concernés. Mais c'est bien évidemment sur Belfort que se concentrent les demandes 52 %. Giromagny, 14 %, enregistre un niveau sensiblement supérieur aux autres qui se situent entre 3 et 4 % des dossiers traités.

Pour l'instant seuls 6 établissements sur les 8 du Territoire de Belfort ont déposé des demandes dont 58 % sont issues du Chênois. Pour les autres structures, elles se partagent les dossiers entre 3 et 8 %.

Contrairement à ce qui était attendu, on ne peut pas considérer qu'il y ait eu une énorme demande. D'après les conseillers en gérontologie, certaines personnes renoncent à cause de la récupération sur succession. Nous n'avons pas quantifié globalement ce phénomène. Sur le P.A.P.A. de Giromagny, il semble toucher environ 15 % des demandes.

On a pu remarquer que les demandes étaient à plus de 95 % faites par des personnes ne bénéficiant pas de l'ACTP alors que leur niveau de dépendance les auraient rendues accessibles à cette prestation.

Cette tendance devrait se modifier dans l'avenir car une centaine de dossiers d'ACTP arrivent à échéance d'ici la fin du premier trimestre 1998 :

- . 90 transformations d'ACTP en PSD,
- . 10 ayant obtenu avant 60 ans et pouvant choisir entre PSD et ACTP.

B Décisions des commissions

Sur les 113 dossiers examinés par la commission médico-sociale, 60 % ont fait l'objet d'un avis favorable.

À domicile, 68 % des demandes ont obtenu un accord contre 58 % en établissement.

À domicile, la principale cause de rejet est liée à un niveau d'autonomie trop élevé :

- 17 pour GIR supérieurs à 3,
- 1 pour dépassement des plafonds de ressources.

En établissement le partage est plus équilibré :

- 9 dépassements de ressources pour 7 GIR supérieurs à 3.

Il faut également noter que depuis la mise en place de la prestation 11 personnes ont quitté le dispositif (16 % des admis) :

- 4 pour décès,
- 5 hospitalisations,
- 2 divers.

C Profil des bénéficiaires de la PSD

① À domicile

Il s'agit majoritairement de femmes (83 %), seules (88 %), âgées principalement de plus de 75 ans (80 % de l'effectif).

Les hommes 17 % (8 bénéficiaires) vivent seuls (64 %) et sont à 88 % âgés de plus de 75 ans.

C'est en majorité chez les demandeurs classés dans le groupe GIR 2 que se situent les bénéficiaires.

Femmes et hommes confondus		
GIR 1	6	13 %
GIR 2	26	54 %
GIR 3	16	33 %

La PSD touche donc majoritairement les personnes les plus dépendantes puisque 67 % sont classés dans les GIR 1 et 2.

② En établissement

Ce sont presque exclusivement des femmes (un homme pour 19 femmes), âgées de plus de 80 ans (18 sur 20), dont la moitié sont en GIR 2.

Femmes et hommes confondus		
GIR 1	6	30 %
GIR 2	11	55 %
GIR 3	3	15 %

D Les niveaux de la prestation servie. Le contenu des plans d'aide.

① Niveau de prestation servie

La moyenne des prestations versées à domicile se situe à 3 550 francs soit près de 1 000 francs de plus que la moyenne des ACTP.

<i>Répartition par tranche</i>	
moins de 1 000 francs	8 %
de 1 000 à 2 000 francs	4 %
de 2 000 à 3 000 francs	20 %
de 3 000 à 4 000 francs	27 %
de 4 000 à 5 000 francs	20 %
de 5 000 à 5 596 francs	20 %

(* 5 596 = maximum attribuable : 6 accords soit 12 %)

En établissement, la moyenne est de 945 francs.

<i>Répartition par tranche</i>	
1 200 francs	8 %
900 francs	4 %
600 francs	20%

L'expérience montre que la PSD ne participe très souvent qu'en partie au financement des plans d'aide, en moyenne à 77 %. Voir tableau d'exploitation des % de financement ci-après.

<i>Financement du plan d'aide par PSD</i>	
moins de 20 %	6 %
de 20 à 50 %	4 %
de 50 à 80 %	23 %
de 80 à 99 %	24 %
100 %	43 %

② Le contenu des plans d'aide

Dans la quasi totalité des cas, la PSD sert à financer les interventions complémentaires à l'aide de l'entourage et aux services infirmiers (SIAD ou libéraux).

Ces interventions sont assurées dans la majorité des cas par l'intermédiaire des associations mandataires :

<i>Répartition des interventions</i>	
Mandataires	76,5 %
Emplois directs	16 %
Famille d'accueil	6 %
Autres	1,5 %

Une évaluation du nombre d'heures de travail induites (car elles ne sont pas toutes payées par la PSD) est en cours pour faire une estimation de l'impact sur l'emploi.

Il est difficile de détailler le contenu des plans d'aide, toutefois on peut indiquer qu'ils prennent en compte pour environ 1/3 des aides au ménage et pour 2/3 des aides directes à la personne, avec dans ces 2/3 une petite part réservée à des prestations matérielles (téléalarme, changes complets).

D'une manière globale, on peut considérer que la PSD participe bien au maintien à domicile. Elle est presque toujours associée et complémentaire des interventions des familles et des services médicaux.

Annexe IV

ATTRIBUTIONS DE PSD PARMI LES DEMANDES TRAITÉES

Statistiques fournies par quelques départements sur les décisions d'acceptation de PSD, à une date variant de septembre à novembre 1997

Taux d'acceptation parmi les dossiers notifiés

	À domicile	En établissement
Seine-et-Marne	33 %	----
Meuse	34 %	----
Oise	36 % *	43 %
Ariège	42 %	----
Charente	43 % **	----
Aisne	48 %	----
Finistère	50 %	69 %
Haute-Savoie	60 %	----
Meurthe-et-Moselle	60 %	85 %
Nièvre	64 %	81 %
Territoire-de-Belfort	77 %	58 %

* 36 % de PSD attribuées = 31 % acceptées + 5 % refusées par la personne ou sans suite

** 43 % de PSD attribuées = 27 % acceptées + 16 % refusées par la personne ou sans suite (décès, hospitalisation...)

L'immense majorité des rejets est due à des GIR trop élevés.

Composition : Odas,
réalisée par Pierre-Antoine LÉGOUTIÈRE
Achevé d'imprimer sur les presses de l'imprimerie GERFAU - Paris XVIII^{ème}
Dépôt légal : janvier 1998

