

Les Cahiers de l'Odas

Prestation spécifique dépendance et qualité du soutien au vieillissement



Actes de la Rencontre nationale

*“PSD et qualité du soutien à la dépendance : enjeux et perspectives”
organisée les 9 et 10 juin 1998 à Belfort par
l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée,
la Confédération de gérontologie et
le Conseil général du Territoire de Belfort*

Août 1998

**Prestation
spécifique
dépendance et
qualité du soutien
au vieillissement**

© 1998, ODAS
37, boulevard Saint-Michel
75005 Paris



Les Cahiers de l'Odas

Prestation spécifique dépendance et qualité du soutien au vieillissement

Actes du colloque de Belfort des 9 et 10 juin 1998
organisé par la Confédération de gérontologie et
le Conseil général du Territoire de Belfort,
et l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas)

*Document final établi par Anne LATTY,
chargée de mission à l'Odas*

Août 1998

Table des matières

Introduction	5
--------------------	---

Titre I LES CONSTATS

Section I - LES DONNÉES DE CONTEXTE	7
1 Le contexte institutionnel : le choix de la départementalisation.....	7
2 Le contexte socio-démographique	10
3 Le contexte financier	18
Section II - LES PREMIERS CONSTATS	21
1 L'état des lieux sur la mise en œuvre de la PSD	21
2 Le point sur les conventions entre départements et organismes de protection sociale	22
3 L'impact de l'observation sociale	25

Titre II LES PERSPECTIVES

Section I - LES HYPOTHÈSES D'ADAPTATION DE LA RÉFORME Rapports des ateliers sur la PSD à domicile et en établissement	27
1 PSD et personnalisation de la prise en charge à domicile	27
2 PSD et personnalisation de la prise en charge en établissement	31
Section II - DÉBAT AUTOUR DE CES HYPOTHÈSES D'ADAPTATION DE LA PSD	35
1 Sur les hypothèses d'aménagement de la PSD à domicile	35
2 Sur les hypothèses de transformation de la PSD en établissement en une dotation qualité	40
Conclusion	43

INTRODUCTION

En confiant aux départements la responsabilité de la prestation spécifique dépendance, le législateur a fait deux choix fondamentaux d'orientation sur l'avenir de la protection sociale. D'une part le soutien aux personnes âgées sera avant tout déterminé par le souci de solvabiliser les personnes à revenu faible. La PSD est une prestation d'aide sociale et son montant varie selon les ressources des personnes. D'autre part, l'action sociale sera de plus en plus décentralisée, y compris en matière de versement de prestations, malgré les craintes liées aux inégalités de ressources entre départements. C'est la raison pour laquelle l'analyse de l'impact de la PSD a une importance particulière, car au-delà des préoccupations liées au soutien des personnes âgées, se dessinent celles de l'avenir de la départementalisation de l'action sociale. C'est pourquoi l'Odas a été amené à aborder cette question quelques mois seulement après le lancement de la réforme.

Les rencontres de Belfort constituent une étape de cette démarche, même si elles ont été organisées avec une perception réelle de leurs limites. D'une part elles ne pouvaient porter que sur l'analyse de la PSD sans remettre en cause le choix de la départementalisation. En effet, si la réactualisation du débat sur la création d'un cinquième risque (le risque dépendance), géré par la Sécurité sociale, peut paraître importante, cette question devait être écartée car se situant très au-delà du champ de l'observation. D'autre part, les conclusions de ces rencontres ne pouvaient intégrer l'analyse de l'impact à plus long terme de la PSD, à savoir l'adaptation territorialisée de la réponse publique.

La seule ambition de ces rencontres était donc de compléter, par le débat et l'échange d'expériences, les premières analyses de l'Odas sur la prestation spécifique dépendance¹. La présence de plus de 300 responsables de politiques gérontologiques ou de services gérontologiques, la qualité de leurs échanges devraient contribuer, en s'appuyant sur l'analyse des éléments de contexte et les premiers constats sur la mise en œuvre de la PSD (titre I), à identifier quelques pistes d'adaptation de la réforme (titre II).

* Voir la PSD un an après : premières tendances, *Les Cahiers de l'Odas*, Odas Éditeur, janvier 1998.

Titre I

LES CONSTATS

Pour pouvoir appréhender les premières initiatives départementales concernant la mise en œuvre de la PSD, il importe de rappeler, voire de clarifier les éléments de contexte sur lesquels s'est appuyé le législateur.

Section I – LES DONNÉES DE CONTEXTE

1 Le contexte institutionnel : le choix de la départementalisation

Intervention de Monsieur Christian PROUST, Président du Conseil général du Territoire de Belfort, Vice-président de l'Odas.

Depuis 1984, année de transfert de certaines compétences de l'État aux conseils généraux en matière d'action sociale et de santé, les priorités des politiques sociales, qu'elles soient nationales ou départementales, se sont orientées fortement vers l'insertion sociale et professionnelle des publics en difficulté. Le poids croissant du chômage et l'extension de la grande pauvreté à des catégories nouvelles (familles, jeunes) expliquent ce déplacement de priorités.

Or aujourd'hui, chacun s'accorde sur la nécessité de replacer la question des personnes âgées au cœur des préoccupations de politique sociale. Nous ouvrons notre colloque au moment où le débat est d'actualité, puisqu'hier est sorti le "livre noir" sur la PSD, publié par de grandes associations nationales. En ce moment à l'Assemblée nationale et au Sénat, la question est à l'ordre du jour. Si cette loi instituant la PSD apporte, nous le verrons plus loin, un certain nombre de réponses pour le soutien à la dépendance à domicile, elle reste cependant insatisfaisante pour le soutien à la dépendance en établissement. Elle devra donc évoluer, mais il faut le relever dès à présent, elle a le mérite de renforcer la prise de conscience nationale sur la nécessité d'apporter de nouvelles réponses aux aspirations des personnes âgées et de leurs familles, et d'élargir le débat relatif à la prise en compte de la grande dépendance.

En introduction de ce colloque, je voudrais aborder trois thèmes : tout d'abord, je rappellerai quelles sont les conditions qui peuvent permettre la réussite de la réforme de la PSD ; ensuite je vous ferai part de nos interrogations actuelles sur les avantages et les inconvénients du dispositif ; enfin, je dirai en quoi la prestation spécifique dépendance nous incite à redéfinir et à adopter une stratégie globale en matière de politiques gérontologiques.

Sur les conditions facilitant la mise en place de la prestation spécifique dépendance

La première condition est celle de la territorialisation, c'est-à-dire de l'organisation de services sociaux proches du terrain et la responsabilisation des travailleurs sociaux et de leur encadrement. Ainsi dans le Territoire de Belfort nous favorisons depuis la décentralisation une évolution de fond de l'organisation sociale départementale. L'objectif de cette organisation est de permettre une prise en compte d'un terrain diversifié. Le Territoire de Belfort a ainsi créé six "points accueil personnes âgées", dotés chacun d'un conseiller en gérontologie et d'un secrétariat d'accueil et d'information. Ce réseau mène un travail d'accueil, d'accompagnement et d'orientation des personnes âgées et de leurs familles. En 1997, il est devenu naturellement le point d'ancrage de la mise en œuvre de la PSD.

La deuxième condition est celle de la diversification des services. Il est nécessaire d'accompagner la territorialisation en mettant au service des personnes âgées une gamme de moyens diversifiés permettant d'apporter des réponses concrètes et immédiates. Le département du Territoire de Belfort a travaillé par exemple, avec le développement de la téléalarme, sur un fonds d'aide au maintien à domicile, offrant des possibilités d'adaptation du logement ; enfin une réflexion a été menée sur les questions de transport et de déplacement, débouchant sur des actions concrètes. Ces dispositifs, qui ne présentent aucun caractère obligatoire, ont une forte utilité sociale, pour un coût relativement modeste, et trouvent place aujourd'hui dans les plans d'aide liés à la PSD. À côté de ces actions, une deuxième démarche a été engagée, celle du soutien aux associations de mandataires, d'auxiliaires et d'assistantes de vie, afin de répondre à une demande de soutien à domicile plus souple, plus facile d'accès et financièrement attractive. Nous sommes interrogés aujourd'hui sur la diversité des besoins à satisfaire, sur la qualité du service, et sur la nature, le contenu et les qualifications des métiers de soutien à domicile.

La troisième condition est celle du travail en réseau. Ce thème avait été amorcé à plusieurs reprises dans différentes lois (schémas départementaux...). Dans notre département, en 1996, a été mise en place une Confédération de gérontologie qui regroupe l'ensemble des partenaires de l'action en direction des personnes âgées. Elle développe en priorité un programme de formation professionnelle et un programme de soutien à la mise en place des emplois jeunes dans les établissements et les services. Elle a surtout pour objectif d'organiser une observation partagée et transparente sur les politiques en direction des personnes âgées.

1.2 Sur les avantages et inconvénients du dispositif PSD

Il me semble que la prestation spécifique dépendance peut générer une dynamique dépassant les ambitions d'une simple prestation d'aide sociale.

En effet, sur le soutien à domicile d'abord, trois éléments positifs peuvent être soulignés : la personnalisation du plan d'aide, qui permet d'apporter un soutien vraiment adapté ; la solvabilisation supplémentaire apportée par cette prestation, ce qui est un plus par rapport au dispositif antérieur (dans le Territoire de Belfort, 42 % des plans d'aide sont financés intégralement par la PSD et 33 % le sont au moins à 80 %) ; enfin on note que le mécanisme de la PSD respecte les valeurs fondamentales du soutien à domicile : les plans d'aide encouragent et valorisent la solidarité familiale et de voisinage.

La conjonction de ces trois aspects confère à la PSD une dynamique dont progressivement de nombreux départements, en lien avec leurs partenaires, ont su se saisir pour impulser un souffle nouveau aux politiques gérontologiques. Pour autant, la PSD connaît des limites et des insuffisances liées notamment à la complexité de son mode de calcul, à la récupération sur succession, à sa trop grande sélectivité du fait du niveau de ressources ou du degré de dépendance ; tous ces points seront probablement soulevés dans les ateliers, moins dans la perspective de remettre en cause un dispositif très attendu que de chercher à l'améliorer.

Sur la PSD en établissement, le constat de la dispersion des tarifs pratiqués par les départements suscite de multiples critiques. Il révèle surtout l'absence d'une délimitation claire du concept de dépendance et des services spécifiques qu'il génère ; dans la mesure où la prise en charge de la personne âgée est globale, cette délimitation est en effet difficile. Dès lors est posé le problème du sens d'une tarification liée à la dépendance : s'agit-il simplement d'une redistribution différente des sources de financement actuelles des établissements, ou bien est-ce l'occasion d'avoir une vraie réflexion sur les réponses à apporter aux problèmes de la grande dépendance dans les établissements ? La PSD ne pourrait-elle pas être un élément de réorganisation et de remobilisation autour de projet de vie dans les établissements ?

1.3 Sur la nécessaire mise en place d'une stratégie globale en direction des personnes âgées

Il s'agit là d'un enjeu national et local. La loi ne peut pas tout. Partant du choix de la décentralisation, il est nécessaire que s'engage une réflexion sur cinq points :

- la réflexion doit se poursuivre sur l'accompagnement du vieillissement à domicile. Les réponses doivent être améliorées et allégées. Il faut rechercher des formules innovantes, comme par exemple, l'utilisation des nouvelles technologies, pour concilier des exigences économiques et sociales (je pense ici aux systèmes de surveillance à distance qui permettent de rester à domicile sans la présence permanente d'un soignant) ;

- s'agissant des établissements, c'est autour d'une conception qui n'est ni médicale, ni hôtelière, que peut se construire un projet de vie respectant la personne âgée. La PSD nous oblige à aller plus loin dans la réflexion sur ce sujet ;
- il faut alors se pencher sur la formation professionnelle liée à la valorisation de la relation humaine : à domicile comme en établissement, l'absence encore trop fréquente de préparation à la prise en charge de la grande dépendance, notamment psychique, pèse à la fois sur la qualité des soins et de la relation ;
- la réflexion devra aussi porter sur le travail en réseau qui doit d'abord permettre d'apporter une réponse personnalisée. En effet, le partenariat n'a pas pour objectif premier de bien s'entendre entre acteurs, mais de construire des réponses adaptées à partir d'un diagnostic commun ;
- enfin, le dernier point de réflexion devra porter sur l'aspect financier : comment dégager des moyens sans déséquilibrer les finances des collectivités publiques et de la Sécurité sociale alors que l'on sait que chaque partenaire est appelé à faire un effort supplémentaire. Il faut en effet dépasser l'idée d'un simple redéploiement des sommes antérieures et accepter une réelle mobilisation, afin que la PSD prenne toute son ampleur.

L'enjeu de ce colloque est justement d'identifier des axes d'évolution possible de la réforme engagée.

2 Le contexte socio-démographique

Interventions de Madame Claudine PADIEU, Directeur scientifique de l'Odas, et de Monsieur Bernard MARTINET, Chef de la Prévention médico-sociale au Conseil général de Meurthe-et-Moselle.

Nous rappelons ici les données essentielles du contexte dans lequel se situe la prestation spécifique dépendance, sous forme de tableaux commentés. Les données nationales sont complétées par quelques illustrations spécifiques du département de Meurthe-et-Moselle qui dispose d'un outil d'observation des problématiques gérontologiques particulièrement performant. Nous présenterons tout d'abord les données concernant la population âgée sous divers aspects, puis nous rappellerons quelques éléments de réponses apportées dans le cadre du soutien au vieillissement.

2.1 La population âgée

Nous parlerons essentiellement de la population âgée de 75 ans et plus.

1 - Les perspectives démographiques

Elles sont bien connues : si aujourd'hui le nombre de personnes âgées augmente peu car nous sommes en présence des classes creuses de la guerre de 1914, sa progression va reprendre rapidement dans dix ans.

Tableau 1
ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS
(France métropolitaine)

en millions	65 à 75 ans	75 à 85 ans	85 ans et plus	Total
1990	4,0	3,0	0,9	7,9
2000	5,2	3,0	1,2	9,4
2010	4,9	4,0	1,5	10,4
2020	7,1	3,9	2,1	13,1

projections tendanciennes Insee

Ainsi le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans passera de 4 millions à la veille de l'an 2000 à 5,5 millions en 2010, et à 6 millions en 2020.

2 - Les revenus des personnes âgées

De nombreuses études ont montré que le niveau de vie moyen des retraités a rejoint et parfois dépassé celui des actifs. L'amélioration des revenus des personnes âgées se traduit d'ailleurs par la forte baisse du nombre de bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du fonds de solidarité vieillesse. On passe de 1,5 million de bénéficiaires en 1984 à moins d'un million dix ans plus tard.

Tableau 2
TITULAIRES DE L'ALLOCATION SUPPLÉMENTAIRE DU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE (EX FNS)
(France métropolitaine)

	1984	1986	1988	1990	1992	1994	1996
Bénéficiaires (en milliers)	1 553	1 429	1 315	1 150	1 020	965	860

source SESI

On peut donc relever qu'en moyenne un ménage de 75 ans et plus sur cinq est concerné par cette allocation. Mais derrière ce constat se dessinent des disparités fortes d'un département à l'autre : dans la Creuse, un ménage sur deux sera bénéficiaire de l'allocation supplémentaire, contre un sur quinze dans les Hauts-de-Seine. Si l'inégalité de situation entre départements a été prise en compte lors du choix de la départementalisation, elle présente en matière de vieillissement un caractère particulier. On ne pourra éviter dans ce domaine des mécanismes de péréquations importants.

La situation des revenus des personnes âgées a une influence importante sur l'avenir de leurs modes d'hébergement, car lorsqu'elles disposent de ressources financières suffisantes, elles sont en mesure d'exercer plus facilement un choix qui généralement sera favorable au domicile.

3 - L'environnement des personnes âgées de 75 ans et plus

Il faut tout d'abord relever que ces personnes vivent majoritairement à domicile : les institutions accueillent en moyenne moins d'une personne de 75 ans et plus sur dix.

Tableau 3

LIEUX DE RÉSIDENCE DES PERSONNES ÂGÉES DE 75 ANS ET PLUS

en milliers de personnes	1962	1990
À domicile		
personne seule	648	1 538
en couple	670	1 514
autres	777	608
En institution	173	376
Total	2 268	4 036

source Insee

En près de trente ans, de 1962 à 1990, l'augmentation du nombre total de personnes âgées de 75 ans et plus s'est principalement traduite par une augmentation des personnes vivant seules ou en couples. À l'inverse le nombre de personnes âgées vivant avec d'autres personnes (leurs enfants en général) diminue dans cette période. La tendance depuis les années 1990 est à la hausse du nombre de couples.

Ces tendances ont pu être vérifiées à l'occasion de la mise en œuvre de la PSD dans le département de la Meurthe-et-Moselle : sur les 318 personnes qui perçoivent la PSD à domicile dans ce département, 37 % vivent chez un enfant, 30 % vivent seuls et 33 % vivent en couple. L'augmentation du nombre de couples est confirmée comme dans les statistiques nationales.

4 - La dépendance des personnes âgées de 75 ans et plus

En s'appuyant sur la référence de la grille AGGIR on relève en premier lieu que les personnes âgées de 75 ans et plus sont autonomes pour la grande majorité d'entre elles. Quand elles sont dépendantes (GIR 1 à 3), et même très dépendantes, elles se trouvent plus souvent à domicile qu'en établissement. En établissement les personnes de GIR 1 à 3 représentent 240 000 personnes de plus de 75 ans et 30 000 personnes de moins de 75 ans. À domicile, elles sont respectivement 330 000 et 50 000. Notons encore que les personnes en GIR 1 et 2 vivant à domicile sont pour moitié en couple, ou bien, si elles sont seules, habitent chez leurs enfants ou à très grande proximité.

Tableau 4

ESTIMATION DE L'ÉTAT DE DÉPENDANCE
DES PERSONNES ÂGÉES DE 75 ANS ET PLUS, SELON LA GRILLE AGGIR

	À domicile (y compris logement-foyer)	En établissement
GIR 1 + 2	240 000	180 000
GIR 3	90 000	60 000
GIR 4	230 000	60 000
GIR 5 + 6	3 040 000	100 000

base CNAM

5 - La population âgée en hébergement collectif

L'évaluation de la dépendance des personnes hébergées par type d'établissement à l'aide de la grille AGGIR fait apparaître logiquement de très nombreuses personnes classées en GIR 1 et 2 en soins de longue durée (3 personnes sur 4), moins en maisons de retraite (4 personnes sur 10), et quasiment pas en logements-foyers (1 sur 10) [tableau 5]. Si l'on classe les personnes à l'aide des critères de dépendance physique de Colvez, on retrouve la même hiérarchie [tableau 6].

Tableau 5

NIVEAU DE DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES HÉBERGÉES
PAR TYPE D'ÉTABLISSEMENT, ÉVALUÉ AVEC LA GRILLE AGGIR

en %	GIR 1 + 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 + 6	Total	Effectifs présents 31.12.96
Soins de longue durée	73	13	9	5	100	81 000
Maisons de retraite etc.	38	14	16	32	100	387 000
Logements foyers	11	5	14	70	100	156 000

base CNAM 1997

Tableau 6

NIVEAU DE DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES HÉBERGÉES PAR TYPE D'ÉTABLISSEMENT,
ÉVALUÉ À PARTIR DES GROUPES DE DÉPENDANCE PHYSIQUE DE COLVEZ

C 1 : confiné au lit ou au fauteuil
C 2 : besoin d'aide pour toilette/habillement
C 3 : besoin d'aide pour se déplacer à l'extérieur
C 4 : peu ou pas de problème

en %	C 1	C 2 + troubles psychologiques	C 2 sans troubles psychologiques ou C3, C4 + troubles psychologiques	C 3, C 4 sans troubles psychologiques	Total
Soins de longue durée	52	32	12	4	100
Maisons de retraite etc.	16	25	21	38	100
Logements foyers	3	5	11	81	100

source EHPA 1994

Ce thème a été particulièrement étudié en Meurthe-et-Moselle où le département suit depuis dix ans l'évolution de la dépendance dans chaque établissement avec comme outil l'échelle de Kuntzman, puis la grille AGGIR. Les résultats montrent l'évolution de l'état de dépendance pour les domaines de la toilette, de l'alimentation, des déplacements et également de la dépendance psychique. On constate que le poids des besoins, donc de l'aide à apporter, augmente massivement. Face à ce constat se pose bien sûr la question de l'évolution correspondante de la formation des personnels.

Le vieillissement des personnes âgées en établissement constitue un sujet important. En France, l'âge moyen des personnes âgées présentes en établissement en 1994 était de 82 ans et demi en services de soins de longue durée ou en maison de retraite autonome, et de 80 ans et demi en "section maison de retraite" d'hôpital et en logement-foyer. Il faut surtout noter que l'âge moyen en maison de retraite autonome a augmenté de deux ans en six ans.

Pour sa part, l'âge à l'entrée en maison de retraite augmente de six mois par an.

En Meurthe-et-Moselle, les mêmes tendances se vérifient, avec une moyenne d'âge de 85 ans dans les maisons de retraite. Les nouvelles personnes qui entrent en structure ne rajeunissent pas la population déjà hébergée.

Quant à la durée de séjour en établissement, elle est en moyenne de deux ans et quatre mois (hors logement-foyer), avec des variantes selon le type d'établissement.

Tableau 7

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN 1996

Services de soins de longue durée	2 ans + 1 mois
Section maison de retraite d'hôpital	2 ans + 5 mois
Maison de retraite autonome médicalisée	2 ans + 11 mois
Maison de retraite autonome non médicalisée	1 an + 10 mois
Logement-foyer non médicalisé	5 ans

source EHPA 1996

Le taux de rotation n'augmente pas entre 1992 et 1996 : en maison de retraite autonome et en logement-foyer, il reste stable. En établissement à but lucratif (créations de places) et en section d'hôpital (suppression de places), il diminue. Cette courte durée de séjour se conjugue avec un alourdissement de la dépendance : les personnes entrent de plus en plus tard en établissement, avec pour perspective d'y finir leur vie.

Les données de Meurthe-et-Moselle s'inscrivent dans ces moyennes nationales. La durée de vie moyenne en maison de retraite y est un peu inférieure à deux ans, et 37 % des personnes qui entrent auront quitté la maison de retraite dans les trois mois suivants. Ces constats conduisent à s'interroger sur l'organisation de ces établissements, sur le type d'animation à promouvoir, sur les fonctions d'accompagnement social que devrait assurer le personnel. Quels sont les impacts de cette situation pour les personnes elles-mêmes, pour les professionnels, pour les familles ? Il devient de plus en plus important que les hébergements collectifs tiennent compte des familles, car, sans même évoquer les conjoints, les enfants eux-mêmes commencent parfois à devenir dépendants alors que leurs propres parents sont très dépendants ou en fin de vie.

2.2 Les réponses apportées au soutien au vieillissement

1 - Sur les aides à domicile

Nous donnons simplement ici quelques ordres de grandeur. Parmi les dix millions de ménages de plus de 60 ans, dont 2,7 millions de plus de 75 ans, plus de 400 000 ont recours à un service d'aide ménagère en 1996. Un nombre équivalent utilise le système de l'emploi mandataire ou de l'emploi direct, et ceci à parité. Il est difficile d'être plus précis sur les chiffres, car il s'agit de recoupement de sources d'informations qui n'approchent pas de la même façon les services en raison de la complexité-même du secteur (ainsi les services mandataires, souvent couplés avec des services prestataires, ne sont pas repérés de la même manière selon que la source d'information est le service, l'utilisateur, l'URSSAF etc.).

Les services de soins à domicile représentaient 57 000 places en 1996, ce qui correspond à une intervention chez plus de 60 000 bénéficiaires par an (sachant qu'une personne en bénéficie pendant 11 mois en moyenne).

En outre, quelques dizaines de milliers de personnes âgées se font aider par des infirmières libérales. Rappelons à titre de référence que 380 000 personnes âgées classées de GIR 1 à 3 vivent à domicile¹.

2 - Sur l'hébergement collectif

Nous rappellerons d'abord les importantes transformations du parc de l'hébergement collectif - médicalisation, apparition du secteur privé lucratif - puis nous évoquerons les taux d'occupation et les tarifs pratiqués.

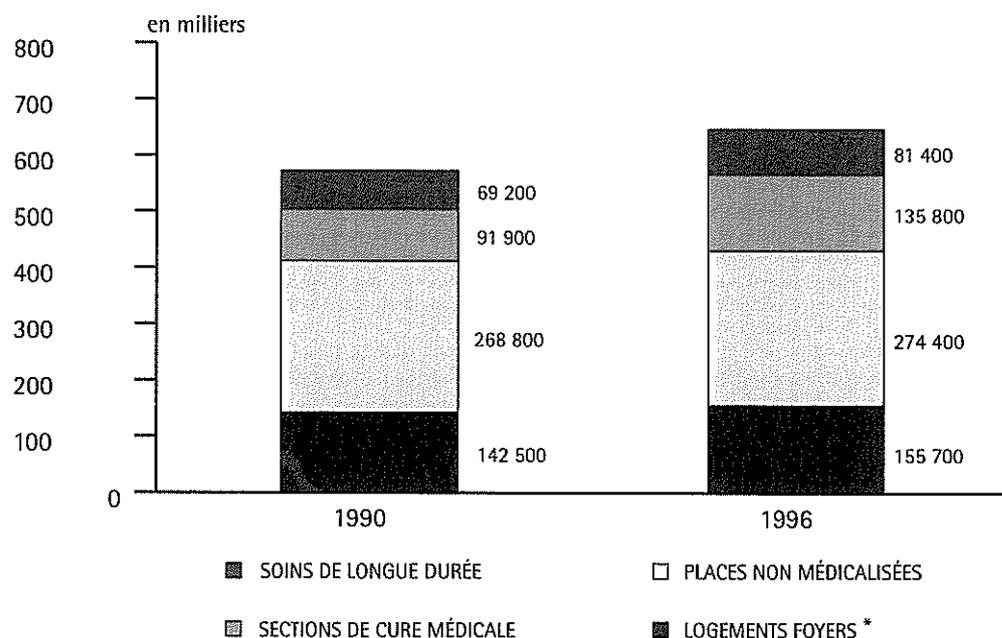
- Sur les évolutions du parc entre 1990 et 1996

En six ans, celui-ci a augmenté de 75 000 places dont 13 000 en logements-foyers - qui pour la plupart sont plus des logements collectifs que des établissements - et 62 000 en hébergement proprement dit. L'augmentation concerne essentiellement les places médicalisées avec 12 000 places de soins de longue durée et 44 000 places de sections de cure médicale. Le nombre de places non médicalisées est resté quasi stable (augmentation de 6000 places). Toutefois, ces places concernent aussi des personnes dépendantes, et la médicalisation existe de fait par recours au secteur libéral.

Graphique 1

NOMBRE DE PLACES INSTALLÉES, SELON LEUR NIVEAU DE MÉDICALISATION, DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES, EN 1990 ET 1996

(France métropolitaine)



source SESI - EHPA 1996

*dont 5 000 places avec forfait de section de cure médicale

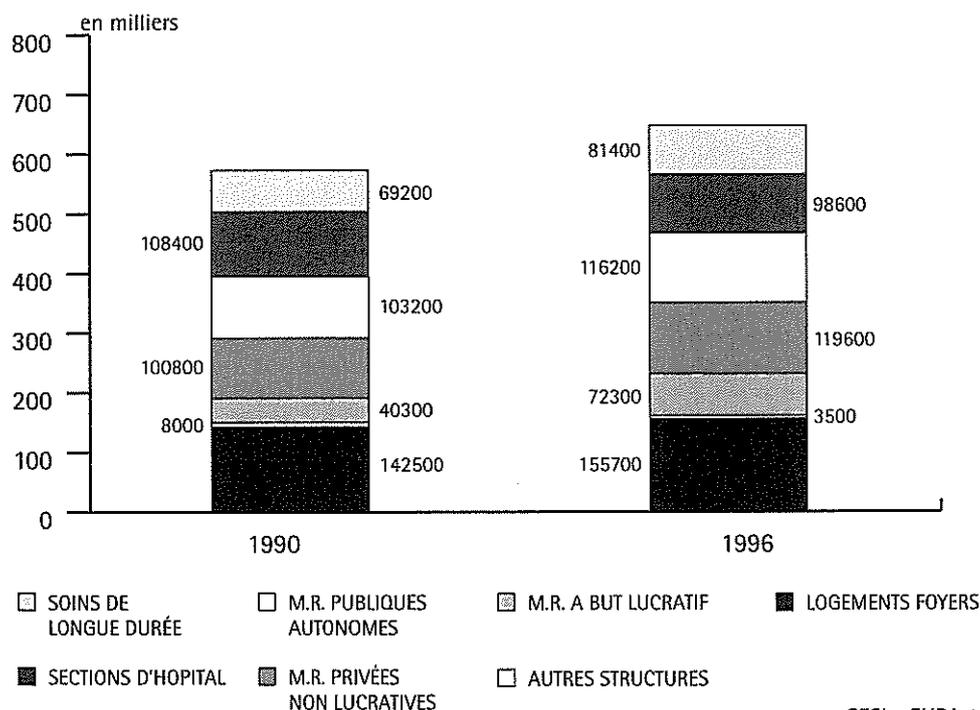
¹ Soit 330 000 personnes âgées de plus de 75 ans et 50 000 de moins de 75 ans.

Si l'on regarde plus précisément l'évolution du parc de l'hébergement, non plus en fonction du niveau de médicalisation mais en fonction du type d'établissement, on remarque l'explosion des structures lucratives, passées de 40 000 à 72 000 places. Six nouvelles places sur dix se trouvent ainsi dans le secteur privé lucratif qui a parié, peut-être imprudemment, sur une solvabilisation de la clientèle. Quant à la diminution des sections d'hôpital, elle peut s'expliquer de deux manières : certaines deviennent des maisons de retraite autonomes, d'autres ferment des lits².

Graphique 2

NOMBRE DE PLACES INSTALLÉES, SELON LE STATUT DES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES, EN 1990 et 1996

(France métropolitaine)



- Le coefficient d'occupation des établissements

Il était important en 1996³, en particulier dans les maisons de retraite autonomes publiques (97 %) ou privées non lucratives (95 %). Ce coefficient est un peu moins important en section d'hôpital (93 %) et il est plus faible dans le secteur privé lucratif (91 %).

L'occupation des établissements ne semble pas évoluer de manière sensible au niveau national. Tout au plus peut-on déceler un léger infléchissement de 1994 à 1996. Il est néanmoins possible que cette tendance à la baisse soit maintenant plus forte car de nombreux départements l'évoquent, sans pour autant la chiffrer. On note au niveau national un ajustement entre le nombre de personnes présentes et le nombre de places.

² La loi hospitalière de 1970 prévoyait que les sections d'hôpital de plus de 200 lits devaient devenir autonomes mais cette clause a été supprimée en 1994 sous la pression du secteur hospitalier.

³ Coefficient d'occupation = nombre de journées réalisées / journées exploitables. Source SESI - EHPA 1996.

En Meurthe-et-Moselle, la situation est un peu différente, les taux d'occupation tournant autour de 99 %. Mais certains établissements commencent à connaître des difficultés pour trouver de nouveaux résidents. Les listes d'attente sont basses ou ne sont pas toujours opérationnelles. Dans ce département, deux maisons de retraite n'ont plus personne en liste d'attente et c'est aussi le cas d'un établissement de long séjour. Une observation des critères déterminants dans le choix d'un établissement montre que les personnes âgées veulent d'abord trouver des places dans un établissement situé au plus près de leurs enfants, eux-mêmes vieillissants ; du côté des familles, le critère déterminant est celui de la qualité de l'accueil.

- Sur les tarifs et le recours à l'aide sociale

Le tableau ci-après met en parallèle la situation dans les maisons de retraite médicalisées (publiques ou privées, autonomes ou non), et dans les services de soins de longue durée, en 1996.

Tableau 10

PRIX DE JOURNÉE ET SITUATION
DE L'AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT EN 1996

	prix moyen d'hébergement	prix demandé à l'usager par une structure sur deux	nombre de pensionnaires recevant l'aide sociale
maison de retraite médicalisée	235 F	entre 6 000 et 7 500 F/mois	un sur quatre
services de soins de longue durée	278 F	entre 7 500 et 9 000 F/mois	un sur deux

source enquête tarifaire DAS

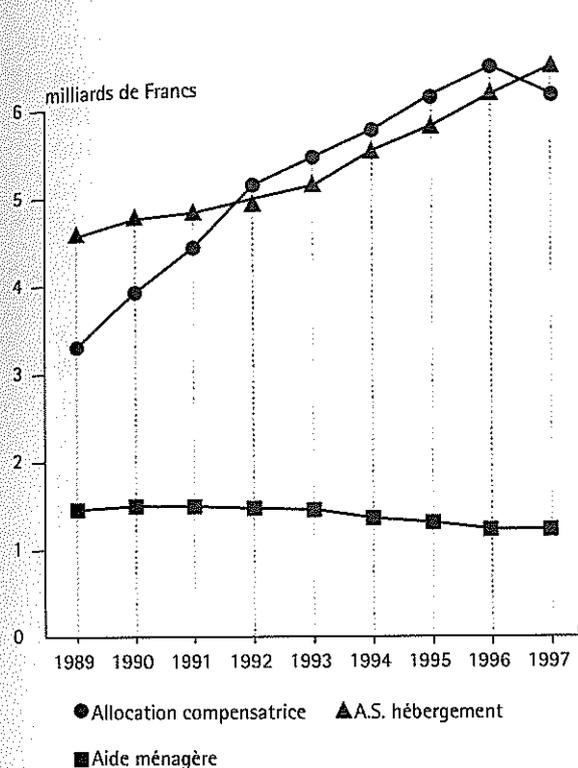
Une remarque s'impose : quand le prix de journée est plus élevé (en soins de longue durée notamment, et aussi, sur un plan géographique, en Île-de-France où les coûts sont sensiblement plus élevés qu'en province) le nombre de personnes demandant l'aide sociale est corrélativement plus important. La proportion de bénéficiaires de l'aide sociale est donc très liée au prix de l'hébergement, et pas seulement à leurs ressources financières.

3 Le contexte financier

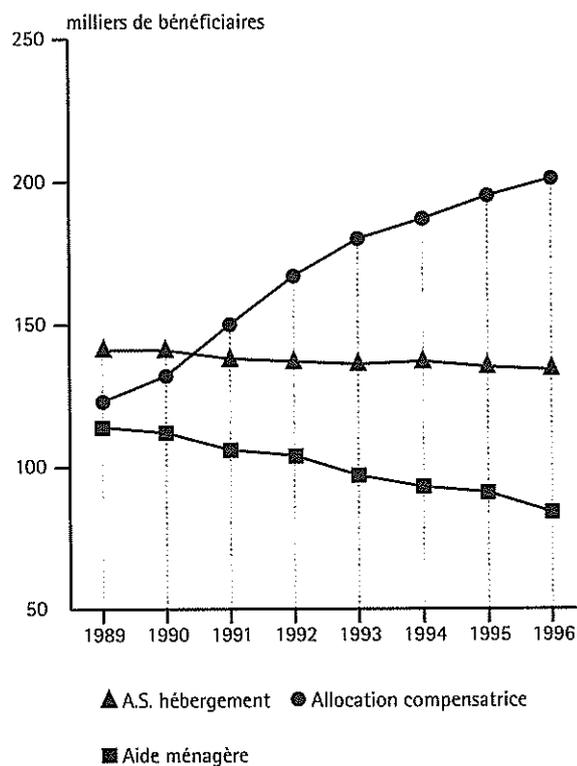
Intervention de Madame Claudine PADIEU, Directeur scientifique de l'Odas.

Après une période de très forte croissance de 1990 à 1995, les dépenses d'aide sociale départementale augmentent au rythme de 3,5 % par an, ce qui rend la charge d'autant plus supportable que les recettes s'améliorent avec le début de reprise économique et la fin de la crise immobilière. Ainsi les départements abordent-ils la mise en place de la PSD dans un contexte financier moins tendu qu'il y a quelques années.

Graphique 3

DÉPENSES D'AIDE SOCIALE EN DIRECTION
DES PERSONNES ÂGÉES

Graphique 4

PERSONNES ÂGÉES
BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE

L'aide aux personnes âgées représente, avec 13,7 milliards de francs, 15 % du total des dépenses nettes d'aide sociale. Elle se compose de trois éléments dont les évolutions sont très différentes.

Le premier élément est l'aide ménagère, réservée aux bénéficiaires de l'allocation de vieillesse. Cette aide diminue, tant en nombre de bénéficiaires qu'en dépense. Dans l'état actuel de la législation sur la PSD, cette baisse devrait s'accroître puisque les personnes en GIR 1 à 3, bénéficiant de la PSD, n'auront plus recours à la prestation d'aide ménagère.

Le deuxième élément est l'aide sociale à l'hébergement qui touche un nombre de bénéficiaires en sensible diminution jusqu'en 1993 (161 000 en 1984, 136 000 en 1993), nombre qui semble stabilisé depuis lors. Toutefois, l'augmentation forte de la dépendance des personnes concernées se traduit par une augmentation des prix de journée, donc de la dépense. Ainsi, la dépense par bénéficiaire a augmenté de 20 % entre 1993 et 1996.

Enfin, en ce qui concerne le troisième élément, l'allocation compensatrice, remplacée dorénavant par la PSD, on relève que le nombre de bénéficiaires et la dépense augmentent parallèlement. Depuis 1992, le rythme d'augmentation annuelle de la dépense s'était stabilisé autour de 6 %, en francs courants, ce qui correspond aux 4 % d'augmentation annuelle du nombre de bénéficiaires.

Ainsi, à la veille de la mise en œuvre de la PSD, en 1996, les départements métropolitains dépensaient-ils 6,4 milliards de francs pour 201 000 bénéficiaires. En 1997, l'allocation compensatrice n'a plus été attribuée à de nouveaux bénéficiaires, mais cette situation n'a pas été immédiatement compensée par l'accès à la PSD, du fait de la lourdeur de sa mise en place, et en particulier de la complexité de la constitution des dossiers. Cette rupture conjoncturelle de rythme explique que la dépense pour l'ensemble de ces deux prestations ne soit que de 6,1 milliards, alors que la poursuite de la tendance antérieure aurait dû aboutir à une dépense de l'ordre de 6,8 milliards de francs. S'agissant du nombre de bénéficiaires (au 31 décembre 1997), la baisse de 20 000 allocations compensatrices est compensée par les 15 000 bénéficiaires de la PSD dénombrés à cette date. Il est clair que la progression reprendra en 1998.

Le dernier tableau nous invite à réfléchir sur le problème de l'existence conjointe de deux formes d'aide sociale à l'hébergement dans les établissements habilités à l'aide sociale. Ces deux aides s'adressent en effet aux mêmes personnes, au même endroit, mais avec des conditions d'ouverture de droits différentes : d'une part l'aide sociale à l'hébergement qui est destinée aux résidents pauvres, d'autre part une prestation spécifique dépendance qui s'adresse aux résidents pauvres et dépendants. Or cette distinction devient théorique car ce sont les mêmes personnes qui sont concernées par l'une et l'autre de ces aides. Il serait donc souhaitable d'harmoniser les conditions d'accès à ces aides qui ont le même objectif. Notre débat devrait permettre de proposer des solutions de clarification et de simplification dans ce sens.

Aide sociale à l'hébergement	PSD
<ul style="list-style-type: none"> • Pour l'établissement habilité à l'aide sociale, l'ASH assure la différence entre le prix du séjour et la capacité contributive de la personne hébergée, complétée par celle de ses obligés alimentaires. • Récupération sur succession au premier franc. <p><i>Remarque : l'ASH complète, sous les conditions mentionnées ci-dessus, l'aide éventuellement apportée sous forme de PSD si celle-ci est insuffisante.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • La personne dépendante reçoit une allocation qui lui permet d'acquitter une partie du prix du séjour, en principe la partie liée à son niveau de dépendance. • Allocation sous conditions de ressources : elle est versée en totalité jusqu'à un premier seuil de revenu, puis sous forme différentielle jusqu'à un second seuil. • Pas d'obligation alimentaire. • Récupération sur succession à partir de 300 000 francs.

Section II - LES PREMIERS CONSTATS

1 L'état des lieux sur la mise en œuvre de la PSD : rappel des premiers résultats

Intervention de Monsieur Bernard MEYNADIER, Chef du bureau "Réadaptation Vieillesse - RV2" à la Direction de l'Action Sociale du ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Cet état des lieux est le constat à ce jour de l'application de la PSD. Les éléments dont nous disposons ne sont pas aussi complets que nous le souhaitions au moment où nous envisagions un bilan de la mise en œuvre de la PSD, qui devait avoir lieu au début de l'été 1997. Le recueil des statistiques auprès des services des départements, des DRASS et des DDASS a été plus long que prévu, ce dispositif étant nouveau, et les données demandées nécessitant un travail assez lourd.

La PSD est entrée en œuvre depuis à peine un an dans la majorité des cas. Voici le rappel des données disponibles.

En ce qui concerne la délivrance de la PSD, un bilan arrêté au 10 mars 1998, pour 71 départements, montre que 15 000 prestations étaient attribuées. Cette information a été diffusée dans la presse parfois sans préciser le nombre de départements concernés et la date de ce premier constat.

Sur les montants de la prestation accordée à domicile, les chiffres dont nous disposons sur 35 départements concernant 4700 bénéficiaires, donnent un taux moyen de 3 146 F par mois pour le dernier trimestre 1997. Ce montant supporte avantageusement la comparaison avec celui de l'ACTP.

Les modes de tarification utilisés pour les services à domicile sont très variés selon les données communiquées par 48 départements :

- 19 départements utilisent un seul tarif de référence quelle que soit la nature de l'aide avec une variation de 50 F à 83 F.
- 15 départements utilisent deux tarifs de référence, un pour le mandataire ou le prestataire (de 52 à 83 F) et un pour le gré à gré (entre 40 et 56 F).
- enfin, 14 départements retiennent trois tarifs, un pour le service prestataire (de 60 à 84 F), un pour le service mandataire (de 53 à 68 F) et un pour le gré à gré (de 45 à 66 F).

Sur la prestation attribuée en établissement, sur 100 départements, on note surtout une grande diversité pour le groupe GIR 1. Un quart des départements ont fixé un montant qui se situe au niveau ou au-dessus du montant de l'ACTP qui était accordée en établissement auparavant (de 80 à 100 F et plus). 36 départements ont arrêté des tarifs entre 51 et 80 F, 21 départements ont des tarifs égaux à 50 F. Enfin 11 départements ont des montants inférieurs à 50 F et jusqu'à 15 F (ces 15 F s'ajoutent au prix de journée hébergement). Il reste 6 départements pour lesquels rien n'est fixé à l'heure actuelle.

Les extrêmes que nous observons posent le problème de l'égalité de traitement des personnes selon le département où elles résident. L'éventuelle mise en place de barèmes minimums est donc à l'ordre du jour des débats nationaux.

Malgré ce bref état des lieux, les éléments dont nous disposons confirment la montée en charge de la prestation. De plus la persistance de phénomènes d'inégalités de traitement incite les pouvoirs publics à réagir rapidement, dans l'intérêt des personnes concernées.

2 Le point sur les conventions entre départements et organismes de protection sociale

par Monsieur Jean BOUDREAU, Directeur de l'action sociale de la CNAVTS.

La loi du 24 janvier 1997 visait deux objectifs principaux : la création d'une prestation dépendance et l'instauration d'une coordination gérontologique au plan départemental.

Dès la promulgation de ce texte, le "volet PSD" a fait l'objet de nombreuses critiques. Sa mise en œuvre laborieuse, les disparités de traitement enregistrées entre les départements pour ce qui concerne notamment la valorisation des plans d'aide, et les retards apportés à la réforme de la tarification des établissements ont renforcé la position de ceux qui estiment, à tort ou à raison, que ce dispositif, au demeurant très complexe, ne répond qu'imparfaitement au problème de la dépendance des personnes âgées et qu'il convient, en conséquence, de le réformer en profondeur.

En revanche, les dispositions relatives à la coordination gérontologique et donc au partenariat entre les départements et les organismes de sécurité sociale ont été bien accueillies. Les conditions d'élaboration, de signature et d'application de ces conventions constituent un excellent indicateur de la qualité du partenariat ainsi engagé.

À cet égard, il convient d'utiliser deux approches :

- une approche purement quantitative,
- une approche plus qualitative.

Un an après la parution des décrets d'application de la loi, et en l'état des informations recueillies par la Caisse nationale d'assurance vieillesse auprès de ses organismes régionaux, une convention est signée ou en cours de signature dans 60 % des départements. Toutefois, il ne faut pas cacher le fait que dans certains départements non signataires, des situations de blocage apparaissent, qui ne font pas entrevoir une signature à très court terme. Cette situation, qui n'est pas très satisfaisante, s'explique principalement par trois types de raisons.

Il apparaît tout d'abord que les principaux acteurs et financeurs des politiques sociales en faveur des personnes âgées - départements et caisses de retraite - se connaissent mal et ne possèdent pas d'habitude de travail en commun. Cette absence de culture partenariale explique pour partie les lenteurs constatées dans la signature des conventions départementales. C'est donc un des mérites de la loi - et non des moindres - que d'avoir incité voire obligé ces institutions à se rencontrer et à travailler ensemble.

Par ailleurs, il semble que les départements aient dégagé comme priorités d'action de mettre en œuvre l'ensemble des dispositions de la loi du 24 janvier 1997. Dans un premier temps, il convenait sans doute de rendre la prestation spécifique dépendance opérationnelle le plus rapidement possible. Et ce n'était pas là une mince affaire. La coordination gérontologique et sa formalisation contractuelle n'intervenaient donc qu'en second rang.

Enfin, il n'est pas inutile de souligner que les élections cantonales de mars dernier ont eu des incidences non négligeables sur le calendrier d'élaboration et de signature de ces conventions.

Au-delà des chiffres, l'analyse qualitative des conventions signées doit permettre de mieux mesurer le degré du partenariat qui s'est instauré dans les départements.

Dans cette optique, la CNAV a analysé les 31 conventions signées qui lui ont été transmises par ses caisses régionales. Cette analyse porte sur trois critères principaux :

- les schémas de coopération,
- la validation réciproque du résultat des évaluations de la dépendance des personnes âgées,
- les échanges d'information.

À titre liminaire, il convient de rappeler que le conseil d'administration de la CNAV, lors de sa séance du 5 juin 1997, a constaté que la logique de la loi du 24 janvier 1997 conduisait à un partage des populations entre l'aide sociale des départements et l'action sociale des caisses de retraite. Dans cette optique, il a décidé que l'aide ménagère à domicile de la branche retraite serait réservée, d'une part, aux personnes relevant des groupes iso-ressources 4 à 6 quel que soit leur niveau de ressources et, d'autre part, à celles relevant des GIR 1 à 3 mais ayant un niveau de ressources supérieur au plafond de la prestation spécifique dépendance. Ce principe, qui relève de la souveraineté du conseil d'administration de la CNAV et qui se justifie notamment par des contraintes budgétaires, n'a pas toujours été bien accepté par nos partenaires des conseils généraux. Cela explique d'ailleurs les difficultés rencontrées dans certains départements pour élaborer et conclure les conventions de coordination.

Quoiqu'il en soit, pour permettre une bonne application de la loi du 24 janvier 1997 et du partage de compétences qu'elle induit entre la prestation spécifique dépendance et l'aide ménagère à domicile des caisses de retraite, le conseil d'administration de la CNAV avait proposé à ses organismes régionaux de décliner, en fonction du contexte local, trois types de schémas de coopération avec les départements.

Le premier reposait sur une très forte coopération fondée sur la négociation de procédures communes pour l'évaluation du degré de dépendance et la préparation des décisions. Il supposait la constitution d'équipes médico-sociales communes associant les médecins des départements et les assistants sociaux des caisses. Ce schéma a été repris dans 16 conventions sur les 31 signées, soit une majorité de 52 %. Il est intéressant de souligner que parmi les départements qui ont fait ce choix, on retrouve de nombreux "départements PED" (l'Ain, l'Ille-et-Vilaine, la Haute-Loire, la Moselle, l'Oise et le Val-d'Oise). Deux d'entre eux, l'Oise et la Moselle, ont créé une dynamique partenariale et entraîné dans leur sillage les autres départements de leurs régions.

Le second schéma constituait une variante du premier et se caractérisait, malgré l'absence d'équipes médico-sociales communes, par la reconnaissance mutuelle des évaluations réalisées par chaque partenaire avec la création d'instances de régulation pour régler les éventuels litiges. Ce schéma a été repris par 9 départements, soit 29 %.

Les 6 autres départements, soit 19 % des conventions signées, ont adhéré au troisième schéma de coopération limitée à la gestion des flux induits par l'évaluation de la dépendance.

Ce premier bilan indique donc que dans plus de 80 % des départements le partenariat retenu est un partenariat fort avec validation réciproque des résultats des évaluations réalisées par chaque institution. Dans 29 départements sur 31, une instance de régulation associant les représentants des conseils généraux et des caisses de retraite permettra de régler les éventuels litiges portant sur les résultats de ces évaluations.

Ce partenariat sera renforcé par les échanges d'informations prévus par le cahier des charges publié par l'arrêté du 22 mai 1997. À cet égard, il est intéressant de constater que la quasi totalité des conventions signées mais aussi des projets de conventions en cours d'élaboration, mettent l'accent sur ces échanges. Ceux-ci porteront sur les données générales relatives aux différentes prestations servies par les institutions signataires mais aussi, et c'est très important, sur le contenu des décisions individuelles qu'elles auront prises. Un tel dispositif permettra de respecter les règles de non cumul et de mieux connaître les personnes âgées du département éligibles à la prestation spécifique dépendance ou à l'action sociale des caisses de retraite.

En conclusion, il me semble important de souligner que les discussions entre les caisses de retraite et les conseils généraux, même si elles n'ont pas toujours abouti, se sont déroulées dans de bonnes conditions. Elles ont mis en valeur la volonté partagée d'élaborer et de signer des conventions satisfaisantes pour tous, respectant les prérogatives et les spécificités de chacun et permettant de réaliser une coordination efficace au service des personnes âgées les plus dépendantes. La loi a ainsi créé les conditions d'un partenariat de qualité entre les principaux acteurs et financeurs de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées. Ce partenariat qui n'en est qu'à ses débuts constitue un atout pour relever le défi démographique du troisième millénaire.

Toutefois, ce bilan positif sur le partenariat engagé entre les caisses de retraite et les départements ne doit pas faire oublier les interrogations qui subsistent sur le devenir de la prestation spécifique dépendance. Je n'anticiperai pas sur ce débat qui doit faire l'objet de la table ronde de demain. Qu'il me soit toutefois permis de dire que la CNAV, qui s'est engagée sans réserve dans la mise en œuvre de la loi du 24 janvier 1997, souhaite être pleinement associée aux travaux visant à améliorer cette loi dans le sens d'une meilleure prise en charge de la dépendance.

3 L'impact de l'observation sociale

Intervention de Monsieur Jean-Louis SANCHEZ, Délégué général de l'Odas.

Parmi les divers objectifs poursuivis par la loi sur la PSD, l'un a été peu commenté, alors qu'il constitue une des premières reconnaissances législatives de la nécessité d'un diagnostic social comme préalable à la décision.

En effet, jusqu'à présent les pouvoirs publics privilégiaient la notion de planification pour impulser des démarches de réflexion prospective. Or la mise en commun d'informations indispensables dans le secteur social pour effectuer un diagnostic s'est constamment heurtée aux contraintes propres à la planification partagée. Celle-ci entraîne en effet par définition-même une contractualisation de décision qui va rendre difficile, par la prégnance des logiques d'images et des logiques financières, l'établissement d'un diagnostic de qualité. Avant de réussir le partenariat d'action dont la planification fait partie, il faut pouvoir observer et analyser en commun sans enjeu institutionnel les problématiques sociales. La mise en commun des savoirs permettra par ailleurs une meilleure reconnaissance des rôles respectifs. La démarche est donc précieuse car elle peut permettre de renforcer le partenariat d'action par l'organisation préalable d'un partenariat d'observation axé sur la connaissance et la reconnaissance.

Ce pari du législateur est d'autant plus réaliste qu'il s'effectue dans un contexte de crise de la décision publique. La réponse publique tarde en effet à s'adapter à un contexte en mutation rapide. Nous vivons une période d'accroissement et de diversification des besoins et de contraction des moyens. La réponse ne peut donc venir du toujours plus, mais du toujours mieux. Le diagnostic peut aider à y parvenir, à condition qu'il s'agisse bien d'un diagnostic pour optimiser les choix.

Il ne s'agit pas de construire d'importantes banques de données, mais de créer une articulation forte entre le politique et le gestionnaire. Le politique doit émettre des hypothèses d'aménagement de la réponse publique, et l'observation doit permettre de les valider grâce au recueil d'informations stratégiques.

Il est notamment utile pour y parvenir d'entendre plus concrètement les aspirations des personnes. Les orientations du service public se sont trop longtemps inspirées de la seule observation quantitative des évolutions socio-démographiques. Il faut aujourd'hui introduire dans cette observation le plus grand nombre de données qualitatives possibles, dont notamment les attentes des gens. Ainsi par exemple, en ce qui concerne la création d'établissements pour personnes âgées, si on se limite à déterminer de façon prospective le nombre de personnes dépendantes en les considérant comme un public potentiel, la décision publique serait conduite à envisager la création d'un nombre considérable de nouvelles maisons de retraite. Mais si on observe les données qualitatives, on s'aperçoit que différents facteurs (aspiration renforcée à l'autonomie des femmes, nouvelles perceptions culturelles, hausse des revenus etc.) neutralisent pour partie les enseignements des données quantitatives. En ce qui concerne le maintien à domicile, les rares enquêtes sur les attentes des personnes montrent que celles-ci souhaitent, avant même le développement de services gérontologiques spécialisés, l'aménagement des services urbains, des services socioculturels, de l'habitat... En d'autres termes elles attendent des pouvoirs publics une mobilisation non pas sur le soutien au vieillissement mais sur l'organisation de la société autour de la problématique du soutien au lien social.

Le soutien au vieillissement peut être le laboratoire de la reconstruction de la décision publique. Pour cela nous avons deux atouts : la prise de conscience du décalage entre nos réponses et les attentes des publics et les enseignements de ce qui se fait dans le reste de l'Europe, où la politique vieillesse est plus axée sur le développement de la vie sociale que sur les questions sécuritaires. Vaste chantier qui nécessite pour sa mise en œuvre un éclairage permanent des problématiques sociales, non seulement pour agir, mais pour expliquer l'action car l'ampleur du changement nécessaire entraînera bien évidemment de nombreux remous.

L'observation présente donc bien trois atouts : renforcer le partenariat, rationaliser les choix, faciliter leur compréhension. Et pourtant le constat peut être rapidement fait du nombre limité d'initiatives dans ce domaine. En dehors de quelques rares départements, la dynamique d'observation semble encore mal admise dans les priorités, même si la plupart des départements déclarent souhaiter renforcer leur articulation avec les organismes de protection sociale et les villes et mieux comprendre les aspirations des publics. On peut donc penser qu'une évolution notable devrait se produire dans les prochains mois, en s'appuyant notamment sur la dynamique engagée en Eure-et-Loir entre le département, les services de l'État et les villes.

Titre II

LES PERSPECTIVES

Les différents ateliers du colloque de Belfort avaient pour objectif d'échanger sur la mise en œuvre et les hypothèses d'adaptation de la PSD, tant pour le domicile que pour l'établissement. Ces échanges fructueux ont donné lieu à une synthèse prise comme point de départ des débats entre les différentes personnalités de la table ronde.

Section I – LES HYPOTHÈSES D'ADAPTATION DE LA RÉFORME

Rapports des ateliers sur la PSD à domicile et en établissement

Les ateliers étaient invités à travailler à partir d'une série de questions qui ont permis de débattre sur les problèmes clefs du sujet. Les rapporteurs des ateliers ont fait la synthèse de ces travaux en reprenant ces questions dans l'ordre proposé.

1 PSD et personnalisation de la prise en charge à domicile

Rapporteurs : Marie-Christine SARRE, Directeur-adjoint des Interventions sanitaires et sociales au Conseil général de la Haute-Vienne ; Maxime KOEBERLÉ, Directeur général adjoint au Conseil général du Territoire de Belfort ; Jacques CARTIAUX, Directeur des Services Sanitaires et Sociaux au Conseil général des Alpes de Haute-Provence.

Les constats de cet atelier confirment ceux du document publié par l'Odas "La PSD un an après : premières tendances"⁴.

⁴ Les Cahiers de l'Odas, Odas Éditeur, janvier 1998.

L'évaluation de la dépendance et l'établissement du plan d'aide

A/ Sur l'intérêt et les limites du classement en GIR

Les travaux de l'atelier n'avaient pas pour but de revenir sur la pertinence de la grille AGGIR elle-même ; l'existence d'un outil d'évaluation commun est considéré comme un acquis. On ne constate d'ailleurs pas de grande différence dans les résultats d'évaluation quel que soit le type de professionnel qui la réalise. On devrait donc parvenir à une homogénéisation nationale des pratiques.

La question de l'association à l'évaluation des intervenants à domicile a été posée, et il a été admis par tous la nécessité de les consulter, au même titre que le médecin traitant.

Le principal problème soulevé est celui de la difficulté d'expliquer les choix du législateur concernant la définition même de la dépendance. Cette difficulté est accentuée par le fait qu'un certain nombre de personnes classées en GIR 4 bénéficiaient auparavant de l'allocation compensatrice tierce personne.

B/ Sur la coordination des interventions grâce au plan d'aide

La coordination des interventions autour de la personne paraît difficile à concrétiser. Elle repose en effet sur la possibilité de faire partager un projet de vie aux différents intervenants, ce qui s'avère difficile dans les faits, tout particulièrement lorsque la personne aidée a choisi de recourir au recrutement direct d'un salarié.

Dans tous les cas de figure, la coordination des interventions n'est concevable que si elle s'appuie sur une coordination des réponses institutionnelles sur un territoire. Cette coordination permettrait d'ailleurs que le plan d'aide soit réalisé quel que soit le niveau de GIR, à condition qu'il puisse être opposable aux partenaires.

C/ Sur le soutien aux solidarités familiales

Le plan d'aide joue, vis-à-vis de l'entourage, et particulièrement des familles, un rôle utile d'orientation, en identifiant la totalité des besoins de la personne.

Au-delà du rôle de conseil, il intègre souvent une aide bien adaptée aux aidants en proposant de soutenir financièrement des solutions d'interventions souples. Ainsi, on n'hésitera pas à mutualiser les capacités de financement de la PSD sur certaines périodes pour permettre aux aidants de partir en vacances.

Le débat sur le rôle de la famille et sa complémentarité avec les professionnels reste en revanche ouvert, car les avis sont très partagés.

1.2 La prise en charge financière

A/ Sur l'amélioration de la prise en charge financière

Un premier constat s'impose. En ce qui concerne les niveaux de GIR de 1 à 3, on relève que par rapport au régime antérieur de l'ACTP, le régime PSD est plus intéressant : en moyenne le montant de la PSD s'élève à plus de 3000 F, alors que l'allocation compensatrice tierce personne s'élevait à 2600 F. Même si la PSD ne participe qu'en partie au financement du plan, elle semble bien compléter l'aide apportée par les aidants naturels et les services médicaux.

En revanche, le non cumul de la PSD avec l'aide ménagère dans ces cas-là peut être assimilée à un recul par rapport au système antérieur. Ce constat doit toutefois être nuancé par la diversité des situations car dans les départements ruraux le financement de l'aide ménagère restait souvent très limité du fait des possibilités réduites de la MSA.

En ce qui concerne les personnes classées en GIR 4 le constat est plus critique car celles-ci sont souvent moins bien traitées dans le cadre de la PSD que dans le cadre de l'ACTP. En effet la diversité de leurs régimes de retraite rend incertain leur mode de prise en charge au titre de l'aide ménagère.

Enfin, pour l'ensemble des personnes âgées dépendantes, la lourdeur des conditions d'accès à la PSD est relevée. Le calcul des ressources s'avère difficile compte tenu de la prise en compte des revenus du patrimoine improductif, alors que dans le cadre de l'ACTP, seul le revenu net imposable l'était. La récupération sur succession qui intervient au-delà d'un actif successoral de 300 000 F semble avoir un effet souvent trop dissuasif.

Face à ces constats, plusieurs propositions pourraient être faites pour améliorer la prise en charge financière à domicile. La première serait d'intégrer les niveaux GIR 4 dans le champ de la PSD en organisant parallèlement une intervention complémentaire des caisses pour les GIR 1 à 3. L'idéal serait d'aboutir au cofinancement du plan d'aide pour tous les niveaux de GIR dans le cadre d'un fonds commun département/caisses, à condition de parvenir à l'établissement d'une évaluation interinstitutionnelle. Enfin, il est important de simplifier les modes de calcul des ressources, ceux-ci étant d'autant plus mal vécus lorsque l'instruction conduit au rejet.

B/ Sur le respect de l'égalité des citoyens

Les disparités induites par la décentralisation ne sont pas choquantes, car il s'agit bien d'adapter la réponse à des spécificités locales. On ne peut pas vouloir la décentralisation et en rejeter les effets. Les montants du plan d'aide pourront varier entre départements, car le coût et les formes de l'aide varient entre départements. En revanche, tout laisse à penser que le plan d'aide sera bâti avec la même conviction, ce qui pose le problème des péréquations au plan national entre les départements.

La charge des départements pourra en effet varier considérablement selon le poids démographique des populations très âgées et leur état de pauvreté.

L'adaptation de l'offre de service à domicile

Cette question s'inscrit dans un contexte où se côtoient deux logiques : d'une part la logique d'emploi, caractérisée notamment par le développement de mesures gouvernementales de soutien à l'emploi direct (exonération de cotisations sociales en cas d'embauche directe) ; et d'autre part celle du soutien professionnalisé à la dépendance, caractérisée par le développement des initiatives d'amélioration de la réponse engagée notamment par les services prestataires. Le choix du type de service effectué lors de l'élaboration du plan d'aide sera donc largement conditionné par l'adhésion à l'une ou l'autre de ces deux logiques, car pour un même montant, le nombre d'heures variera selon que le choix portera sur la quantité d'heures ou la qualité du service. La PSD n'est que le révélateur d'une situation de concurrence entre emploi direct et services, échappant largement aux seuls enjeux des politiques gérontologiques.

Les prestations à domicile représentent une offre de services importante et diversifiée mais déjà bien connue, comme le portage de repas, le soin infirmier, l'aide ménagère, les aides aux transports, aux petits dépannages, etc. Il serait intéressant de distinguer dans cette diversité ce qui s'inspire directement de la philosophie de la PSD à domicile et qui illustre les notions de "soutien à la vie sociale ou aux activités intergénérationnelles".

Or, deux constats ont été largement approuvés au sein des ateliers. Le premier, c'est qu'il n'existe pas d'argument décisif pour plaider en faveur de l'un des deux systèmes. Si la personne âgée et son entourage sont capables de bien gérer la relation avec le salarié dans le cadre du gré à gré ou du mandat, ces modes de recrutement ne posent pas de difficultés particulières. Dans le cas contraire, la prudence doit bien évidemment privilégier le recours à des services prestataires. Le deuxième constat c'est qu'il est nécessaire dans tous les cas de figure, de s'engager sur la piste de la «labellisation». Le principe de l'agrément mérite à ce titre d'être validé, quoique les modalités de cette procédure puissent être améliorées. Chaque mode d'intervention doit en outre aboutir à une tarification tenant compte de références nationales édictées notamment sous forme de conventions collectives.

En conclusion, on peut dire que la PSD ne participe pas réellement à l'adaptation de l'offre de services, mais permet peut-être de rendre plus lisible le choix du bénéficiaire. Il faut enfin de toute urgence œuvrer pour que les modes de financement soient clarifiés afin de rétablir des conditions plus équilibrées de concurrence entre gré à gré et services. Dans ce sens, il serait souhaitable de mettre en place une contractualisation avec les caisses pour définir un régime d'harmonisation tarifaire et régler les rapports entre la PSD et l'aide ménagère.

Face à ces différents constats, la personnalisation de la prise en charge pourrait exiger notamment qu'à côté des projets de vie pour la personne âgée soient définis des projets d'intervention pour les professionnels. En outre on pourrait s'orienter vers une tarification du service rendu à partir d'un référentiel qualité, et non plus en fonction des différents statuts professionnels. Cela nécessiterait d'étendre la formation professionnelle au-delà du CAFAD.

2 PSD et personnalisation de la prise en charge en établissement

Rapporteurs : Claudine PADIEU, Directeur scientifique de l'Odas ; Claude BEAUFILS, Directeur adjoint au Conseil général de l'Ariège.

La synthèse des ateliers fait ressortir trois préoccupations majeures :

- celle du caractère évolutif de l'état de dépendance. La dépendance n'est pas une réalité figée, mais s'inscrit le plus souvent dans une dynamique d'aggravation ;
- celle de la qualité qui doit aujourd'hui constituer une priorité pour les services et établissements publics dans un contexte de renforcement de l'offre concurrentielle ;
- celle de la solvabilisation avec la proposition alternative de la solvabilisation personnelle ou de la mutualisation des coûts.

C'est à partir de ces trois préoccupations que seront analysées les différentes conséquences de la réforme en cours.

2.1 Sur l'établissement du budget à partir d'un GIR moyen

Le fait de privilégier le niveau de dépendance réel moyen des pensionnaires de l'établissement sur le statut de l'établissement pour déterminer ses besoins budgétaires est considéré bien évidemment comme positif. Mais il est rappelé que cette démarche peut s'effectuer dans le cadre du *statu quo* en matière de tarification sans nécessité d'introduire une détermination budgétaire propre à la dépendance et *a fortiori* une tarification autonome.

L'évaluation de la dépendance en établissement par le classement en GIR ne pose pas de problème de conscience dans le cas d'une utilisation à des fins statistiques ou gestionnaires. Mais s'il s'agit d'utiliser la grille pour attribuer une aide, deux problèmes se posent : tout d'abord, la démarche est ici imposée à tous les résidents, alors qu'à domicile elle est volontaire. D'autre part, les modalités d'évaluation pour l'attribution d'une aide en établissement paraissent insuffisantes, car elles ne prennent pas suffisamment en compte les pathologies propres aux résidents, ce qui engendre dès à présent de nombreux contentieux.

La distinction, dans l'analyse budgétaire, entre charges fixes et charges variables liées à la dépendance est également considérée comme un progrès.

Sur la répartition des charges liées à la dépendance entre la Sécurité sociale et les usagers

Ce choix est lié aux contraintes budgétaires de la Sécurité sociale. S'il peut être compris, il n'en demeure pas moins nécessaire que les règles de partage soient durables et respectées.

Les travaux nationaux préparatoires à la réforme de la tarification ont mis en évidence que le point clef est le partage du coût des heures d'aide soignante. La répartition de cette prise en charge devra donc être définie clairement dans les conventions tripartites, en espérant que sera rapidement tranchée la question de savoir si cette répartition doit être fixée au niveau national sur le seul critère du GIR moyen, ou si des modulations doivent être apportées département par département. Comme les départements où les personnes âgées sont les plus pauvres sont aussi ceux où elles sont les plus nombreuses, il faudra, quelle que soit la solution donnée à ce problème, trouver des formes de péréquations entre départements.

Sur la mise en place d'une tarification variant selon l'état de dépendance des personnes

Les ateliers souhaitent attirer l'attention sur la difficulté de ce type de tarification alors que l'on sait que les personnes âgées entrent en établissement de plus en plus tardivement (l'âge moyen d'entrée augmente de six mois tous les ans) et pour une durée de séjour courte d'un peu plus de deux ans en moyenne. Or, durant ce séjour court, l'aggravation de la dépendance est la règle, ce qui conduira à faire peser sur presque tous les résidents une tarification qui augmentera au fur et à mesure de cette aggravation. Il est en outre signalé que, parallèlement à ces difficultés avec les usagers, les établissements seront confrontés à des difficultés de gestion car la tarification unique est plus simple pour l'établissement, en particulier pour les petites structures.

C'est pourquoi les participants aux ateliers recommandent vivement qu'on étudie l'hypothèse d'une mutualisation des coûts de la dépendance non prise en charge par la Sécurité sociale, en les intégrant, comme c'est le cas aujourd'hui, à la tarification de l'hébergement. Les départements ayant une responsabilité de soutien financier des personnes âgées en établissement, au-delà de l'aide sociale à l'hébergement, il est proposé que ce soutien se traduise par la mise à disposition des établissements d'une enveloppe globale affectée à la qualité. Plus concrètement, cette enveloppe exclusivement consacrée au soutien relationnel à la dépendance pourrait être déterminée en fonction du GIR moyen de chaque établissement (voir infra).

Si l'on peut objecter à cette proposition que la mutualisation de la prise en charge de la dépendance se traduira de façon diversifiée en fonction des publics accueillis, il n'en demeure pas moins qu'avec le resserrement probable de l'éventail de la dépendance au sein des établissements, cette question se posera sans doute moins demain.

Quant aux personnes âgées sans ressources, la mutualisation ne devrait pas leur porter préjudice, puisqu'elles sont solvabilisées par le recours à l'aide sociale à l'hébergement. Il y a d'ailleurs un très large accord des participants aux ateliers pour prôner une seule forme d'aide solvabilisant les personnes à faibles ressources hébergées en établissement, quel que soit leur niveau de dépendance, afin de rendre plus lisible l'aide sociale. De nombreux participants demandent par ailleurs que soient modernisées les conditions d'accès à l'aide sociale à l'hébergement pour tenir compte de l'évolution de la société. Si l'obligation alimentaire reste nécessaire pour ne pas évincer les solidarités familiales, ses règles pourraient en être assouplies. On pourrait notamment limiter cette obligation aux seuls enfants en tenant compte des charges qui pèsent sur cette génération pivot, solidaire de la génération qui la précède et de celle qui la suit.

En outre, la récupération sur succession, actuellement engagée dès le premier franc pourrait s'effectuer à partir d'un seuil à définir.

Enfin, il semble nécessaire de clarifier la situation des logements-foyers, en les distinguant selon qu'ils ont ou non une section médicalisée. La majorité des foyers non médicalisés devrait être considérés comme des domiciles collectifs, et les quelques foyers médicalisés comme des établissements.

De même, il reste à régler le problème des établissements non habilités à l'aide sociale, par souci d'équité pour leurs résidents. On pourrait imaginer une habilitation à l'aide sociale sur la base d'un tarif de responsabilité.

Sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge en établissement

En l'état, la PSD ne semble offrir que peu de perspectives d'amélioration de l'accueil en établissement puisqu'elle est essentiellement axée sur la solvabilisation des personnes. C'est pourquoi il ressort des travaux des ateliers que l'offre de service en établissement pourrait surtout être améliorée par l'introduction dans les conventions tripartites d'une dotation départementale, explicitement destinée à améliorer la qualité relationnelle de l'accueil. La convention tripartite pluriannuelle, prévue dans la loi relative à la PSD, deviendrait ainsi le cadre d'un partenariat réel, qui remplacerait l'actuelle tutelle afin de redonner au département sa mission d'animation. Le projet de cahier des charges bâti par le Ministère à partir de l'analyse du contenu des tâches en établissement est apprécié comme point de départ pour construire la convention et pour changer l'état d'esprit des rapports entre partenaires. Dans chaque département, la réflexion sur la qualité devrait par ailleurs s'appuyer sur les coordinations gérontologiques, comme certains ont déjà commencé à le faire.

En conclusion de ces travaux, il est relevé que l'ensemble des participants aux ateliers sont convaincus que la solvabilisation de la dépendance à domicile constitue l'objectif le plus important à atteindre car il conditionne l'exercice par les personnes âgées d'une véritable liberté de choix de leur résidence. Il est donc souhaitable d'atténuer les effets dissuasifs de la réglementation actuelle de la PSD et d'élargir son champ d'attribution à la dépendance moyenne.

En établissement, la solvabilisation des personnes est déjà largement organisée à travers l'aide sociale à l'hébergement. L'intérêt de la PSD est donc moindre, alors que se confirme la nécessité d'une restructuration qualitative des établissements. Celle-ci pourrait être favorisée par la mutualisation des aides selon un niveau de dépendance moyen de chaque établissement en vue d'un renforcement du soutien relationnel. Les départements auraient ainsi les moyens d'impulser réellement une politique gériatrique dans les établissements.

Section II - DÉBAT AUTOUR DE CES HYPOTHÈSES D'ADAPTATION DE LA PSD

Pour faciliter la lecture des différentes interventions, nous avons été amenés à supprimer les croisements de questions et de réponses entre participants, et à regrouper leurs propos.

1 Sur les hypothèses d'aménagement de la PSD à domicile

La réaction de Monsieur Paul CADOT, Président de la Commission des affaires sociales de la CNAVTS.

En ce qui concerne l'extension du champ de la PSD à domicile au niveau GIR 4, je n'ai rien a priori contre cette évolution, mais cela nécessitera un effort financier des départements, ce qui est en contradiction avec les objectifs de fait de la loi sur la PSD. Je pense toutefois qu'il paraît souhaitable de préserver la frontière entre la faible dépendance et la prévention de la dépendance qui sont de la responsabilité des caisses de retraite, et la gestion de la dépendance qui relève de la responsabilité des départements.

J'ajoute que pour limiter les effets de seuil, il faut s'appuyer sur la principale qualité de la PSD qui consiste en l'établissement d'un plan d'aide. Celui-ci devrait concerner toutes les aides, qu'elles relèvent du département ou des organismes d'assurance maladie. Le problème c'est que la coordination gérontologique est proposée mais pas financée : comment développer les réseaux gérontologiques pour avoir des plans bien suivis et efficaces sans moyens nouveaux ?

Je pense également que la simplification du mode de calcul des ressources est souhaitable. Il est vrai que ce calcul actuel entraîne des difficultés non résolues. En outre, il faudrait aller vers une harmonisation des modes de calcul des ressources entre les différents financeurs, sous peine de se retrouver avec des situations contradictoires, illisibles pour les personnes concernées.

En ce qui concerne l'impact de la PSD sur les services à domicile, la situation est paradoxale car les personnes peu dépendantes ont droit à un service d'aide à domicile très encadré, alors que les plus dépendantes se retrouvent souvent soutenues par des salariés directs sans qualification, ce qui semble dangereux pour la qualité de la prise en charge.

J'insiste sur la nécessité de veiller à ne pas casser des outils qui ont fait leur preuve, comme l'aide ménagère.

La réaction de Madame Paulette GUINCHARD-KUNSTLER, Député du Doubs, Présidente du groupe d'étude sur la dépendance des personnes âgées à l'Assemblée nationale.

En ce qui concerne l'extension du champ de la PSD à domicile au niveau GIR 4, il faut rappeler qu'on a trop lié les questions relatives aux GIR à celles concernant les finances. Il convient de veiller à ce que la logique financière ne prenne pas le dessus sur la logique de projet individualisé. Il faut donc conduire un travail de fond sur les besoins des personnes âgées et ne pas s'arrêter aux seules conditions financières. C'est sur cette base que doivent être examinées les questions relatives aux modes de financement des aides selon le niveau de GIR.

Dans l'hypothèse d'un élargissement du champ de la PSD, le problème de la péréquation départementale se poserait fortement. Il faudrait alors donner un signe dans cette direction. Il y a là une responsabilité nationale et locale à mettre en œuvre.

En ce qui concerne l'impact de la PSD sur les services à domicile, j'insiste fortement sur l'importance qu'il y a à ne pas négliger le seul métier qui existe en direction des personnes âgées, c'est-à-dire l'aide ménagère. C'est aujourd'hui le seul métier reconnu par un diplôme. Favoriser le gré à gré pour les plus dépendants est dangereux. Il ne suffit pas d'avoir un bon cœur pour travailler auprès des personnes dépendantes. J'insiste sur l'utilité de la professionnalisation des métiers. La confrontation au corps souffrant est difficile, or trop d'intervenants sont encore sans formation dans ce domaine. Notre siècle a formé des métiers d'intervention auprès de l'enfance et de la petite enfance. Aujourd'hui, il est urgent de former les professionnels de la gérontologie. La formation doit être un élément essentiel d'un plan gérontologique.

J'ajoute que si l'on veut aller plus loin dans une bonne utilisation de la PSD à domicile, il faut s'appuyer sur les CCAS. Il y a nécessité de mobiliser le réseau local. Le soutien à domicile s'appuiera alors sur une politique globale, prenant en compte des secteurs variés comme les transports, l'environnement... L'incitation à la coordination gérontologique est une des bonnes dispositions de la loi. Elle permettra de mettre en place de vraies politiques gérontologiques.

La réaction de Monsieur Patrick KANNER, Président de l'UNCCASF.

Je me situe dans une dynamique un peu différente de celle des travaux des ateliers. En effet je suis dans une logique d'abrogation de la loi, et l'UNCCASF fait partie des signataires du "livre noir" sur la PSD. Il me semble que les questions relatives aux personnes âgées ne peuvent se résoudre par une vision étroitement financière. La PSD devait être un droit, et elle devient un parcours du combattant ! Il y a risque d'une rupture d'égalité devant le service public en raison des disparités territoriales. Tout ne se fait pas au même rythme dans les départements. Et je me demande très sincèrement comment résoudre le problème de la péréquation dont vous parlez tous. Toutefois, je vais essayer de réagir aux propositions faites.

En ce qui concerne l'extension du champ de la PSD à domicile au niveau GIR 4 : il est clair que les dispositions actuelles ne sont pas adaptées pour apporter une aide à

domicile de qualité. En ce qui concerne les autres propositions d'amélioration de la PSD à domicile, je note que si l'on aménage les conditions de recours sur succession ou encore le calcul des revenus il sera alors difficile de dire que l'on est encore dans la logique d'aide sociale. Aussi, je repose la question de savoir si la dépendance doit relever d'une mesure d'aide sociale. Nous souhaitons la mise en œuvre d'un cinquième risque et nous souhaitons surtout pouvoir en débattre. En attendant l'UNCCASF a une proposition : celle d'avoir en France un grand plan national d'action gérontologique, décliné au plan départemental. Nous manquons de prospective sur les retraites. Je mesure le poids politique d'un département à sa capacité d'innovation. Un plan départemental qui parlerait de prévention (alors que nous sommes toujours dans des logiques de réparation), qui parlerait de coordination des territoires ou des pays, d'innovation en matière d'hébergement, est plus pertinent qu'un plan départemental qui ne s'occuperait que de finances. Il faut probablement faire les deux mais beaucoup de départements s'en tiennent à une vision étroitement financière.

La réaction de Monsieur Christian PROUST, Président du Conseil général du Territoire de Belfort, Vice-président de l'Odas.

Les difficultés posées par la PSD sont bien réelles. Elles tiennent à l'importance des choix à faire : comment mieux organiser et financer la réponse ? Mais il me semble qu'il serait erroné de conclure que la PSD ne fonctionne pas en s'arrêtant aux chiffres actuellement disponibles, qui s'avèrent très incertains. Nous le verrons ensuite, le principal problème est celui de la PSD en établissement qui peut nous conduire à aboutir à une conclusion : sa suppression.

Pour le domicile je rappelle que le niveau moyen du montant de PSD attribué est supérieur à celui de l'ACTP. Il faut néanmoins soulever le problème des incidences sur l'ensemble des aides aux GIR 1, 2 et 3 de l'implication moindre des caisses de retraite sur la grande dépendance. De même en ce qui concerne le développement excessif du gré à gré, je rappellerai que les politiques d'aide à l'emploi ont leur responsabilité dans ce phénomène : tous les hommes politiques ont vu dans le secteur personnes âgées un secteur d'embauche, sans trop s'attarder sur les problèmes de qualification.

C'est pourquoi avant de penser à supprimer la PSD, il faudrait d'abord tenter de l'améliorer.

Je soulignerai plusieurs éléments qui militent en ce sens :

- s'agissant de l'égalité de traitement, qui serait mieux assurée par le cinquième risque dépendance, je soulignerai que l'analyse du niveau de médicalisation des maisons de retraite montre que le droit à l'assurance maladie n'est pas reconnu en fait à toutes les personnes âgées. La carte de la médicalisation des maisons de retraite est particulièrement inégalitaire ;
- s'agissant de l'évaluation de la dépendance, sa mise en œuvre par des équipes territorialisées est positive et on peut penser qu'une émulation sera créée entre départements pour aller vers des plans d'aide de qualité ;
- sur la coordination entre intervenants, il faut noter que ses difficultés sont liées aussi aux modes de fonctionnement complexes des organismes de protection sociale.

La réaction de Monsieur Pierre MÉHAIGNERIE, Président du Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Président de l'Odas.

En ce qui concerne l'extension du champ de la PSD à domicile au niveau GIR 4, je dirai que s'il y a des avancées sociales avec la PSD on connaît également ses limites ; l'attribution de la PSD limitée aux GIR 1, 2 et 3 entraîne des critiques fondées. En Ille-et-Vilaine, nous avons fait le choix d'élargir le bénéfice de la prestation aux GIR 4, par un financement 100 % départemental.

Sur les autres conditions d'attribution de la PSD, je dirai que là aussi il faut évoluer. Les conditions actuelles du recours sur succession ont un effet beaucoup trop dissuasif. Nous estimons qu'il faut soit tendre à remonter à 500 000 F le montant de la succession à partir duquel s'exerce le recours, soit s'engager à ne récupérer que 50 % des sommes entre 300 000 F et un million de francs de succession. Ce qu'il faut c'est mettre en relief la notion de responsabilité et non celle de peur.

Le problème de la péréquation entre départements se posera alors. C'est pourquoi nous pourrions, par l'intermédiaire de la Commission des finances de l'Assemblée Nationale, proposer un amendement dans ce sens, de telle sorte que le constat effectué sur les différences de situation entre départements ne donne pas un prétexte à certains pour ne se mobiliser qu'avec une excessive prudence.

Il est surtout nécessaire de se mettre autour de la table dans une logique d'objectif et non de pouvoir.

En réponse aux signataires du "livre noir" sur la PSD, je dirai que créer une cinquième prestation de sécurité sociale nécessite des engagements financiers beaucoup plus importants, ce qui est aujourd'hui bien peu concevable.

Dans le contexte actuel, avec le problème des déficits des régimes de sécurité sociale, engager cette démarche nécessiterait une augmentation de la CSG ce qui est plus facile à dire qu'à réaliser. Si cette difficulté objective n'existait pas, je ne serai pas hostile à aller vers une cinquième prestation, mais nous ne pouvons pas demander toujours plus de dépenses publiques car il y a une relation directe entre la montée de ces dépenses et le chômage. Dans quatre ou cinq ans on pourrait peut-être aller dans cette direction, mais à condition que ce soit avec la même enveloppe et en envisageant des redéploiements à l'intérieur de cette enveloppe. J'ai reçu dernièrement M. Michel Thierry, Inspecteur général des affaires sociales, ancien Directeur de l'Action sociale, et Madame Hespel, Inspecteur général des finances, qui font à la demande de Madame Aubry, une étude sur le redéploiement des aides à domicile et la mise à plat des fiscalités afférentes. Peut-être pourrions-nous par ce biais-là choisir la voie de la simplification (car actuellement le système est incompréhensible), et la voie de l'efficacité. Cela n'est d'ailleurs pas incompatible avec la nécessaire défense du professionnalisme des services prestataires.

Il faut donc tout faire pour améliorer cette loi qui n'est pas mauvaise mais insuffisante. La voie tracée par la prestation expérimentale dépendance aurait dû davantage être prise en considération.

La réaction de Monsieur Emmanuel VERNY, Directeur général de l'UNASSAD.

Je reviens sur l'idée d'un cinquième risque et sur son financement qui pourrait être assuré par une augmentation de la CSG. Il y a des solutions que nous avons étudiées sur le plan financier pour que la prise en charge de la perte d'autonomie soit un droit et non pas une aide sociale. Nous considérons en effet que la dépendance est un risque devant lequel tous les Français doivent être égaux et qui doit donc relever de la solidarité nationale. Si l'application de la PSD a été correcte dans quelques départements, ailleurs les constats sont très inquiétants, car la PSD est abordée sous un angle administratif et non pas social.

Ainsi, on peut noter que la montée en charge de la PSD est particulièrement lente dans une très grande majorité de départements. Nous sommes loin du compte en terme de bénéficiaires de la PSD. En outre la coordination a du mal à se développer. Si l'on se réfère au nombre actuel de conventions, elle ne s'engage que dans un département sur deux. Enfin on est en train de casser les services et associations prestataires à domicile qui offrent une réponse que bien des pays nous envient dans le soutien à domicile. On accroît les difficultés de nos structures qui pourtant ne sont pas dispendieuses. Je rappelle que 80 % du personnel de l'aide à domicile est payé au SMIC, et que nos moyens en matière de formation sont de plus en plus aléatoires.

Il manque une véritable réflexion politique sur la prise en charge de la dépendance. Sommes-nous capables de nous y engager ensemble ? Jusqu'à maintenant il a manqué la volonté d'entendre ceux qui durant de nombreuses années ont construit des services d'aide à domicile et qui n'ont cessé de s'adapter aux besoins des personnes.

La réaction de Monsieur Jean-Marie LE BRETON, Directeur de la Fédération ADMR de Haute-Saône, représentant l'Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural (UNADMR).

La réouverture du débat sur le cinquième risque me paraît également tout à fait souhaitable. On n'a pas su écouter les représentants des services existants qui ont une longue expérience du soutien à domicile. Rappelons que les plans d'aide existaient déjà dans les services prestataires et qu'en 1981 on embauchait des infirmières coordinatrices. Les organisations professionnelles ont donc des raisons de manifester leur mécontentement.

Mais comme la règle du jeu est ici de s'interroger sur d'éventuelles hypothèses d'adaptation de la PSD, je m'y plierai et je ferai des remarques dans plusieurs directions. Il faut bien évidemment réduire les inégalités entre départements et améliorer les conditions d'octroi de la PSD. Il faut aussi admettre que les prestataires sont plus aptes à intervenir auprès des plus dépendants. L'idée initiale n'était pas de faire du mandataire le service qui prenne en charge les plus dépendants (le mandataire avait pour objectif de développer les emplois familiaux et d'offrir des services à coût moindre à ceux qui n'avaient pas de prise en charge de leur caisse de retraite). Des solutions simples et non simplistes existent, par exemple harmoniser l'allègement des charges patronales entre services mandataires et aide ménagère. Ceci aurait pour conséquence de rapprocher les coûts horaires de ces services. Sur ces

sujets, il y a donc de quoi travailler. Quoiqu'il en soit, les débats ont été très riches et m'ont peut-être aidé à évoluer dans ma façon de voir. Après dix ans de débat nous voilà à nouveau sur des réflexions pleines de bon sens, mais qui ont bien du mal à entrer dans les faits.

2 Sur les hypothèses de transformation de la PSD en établissement en une dotation qualité

La réaction de Monsieur Didier SAPY, Directeur des relations avec les Associations de la FNACPPA.

Les débats d'aujourd'hui sont importants, car j'ai le sentiment en les écoutant que les participants font de la vraie politique et non de la comptabilité. Or le secteur personnes âgées en a besoin. La politique doit être avant tout inspirée par une logique d'objectif. Quel est l'objectif que notre société veut atteindre en ce qui concerne les personnes âgées dépendantes ? La FNACPPA a signé le "livre noir" sur la PSD. Ce document, je le considère comme un constat à un moment donné des difficultés d'application de la PSD à domicile comme en établissement. Ce constat étant fait, le "livre noir" nous propose une solution idéale, celle du cinquième risque. D'autres solutions sont proposées aujourd'hui qui me paraissent constructives. Le cinquième risque peut être un moyen, mais je vais réagir sur l'autre démarche proposée par l'atelier sur la PSD en établissement : la suppression de la PSD en établissement dans sa forme actuelle. Cette proposition peut constituer en effet un point de convergence entre les partisans de l'abrogation et ceux de l'aménagement de la loi.

Je rappelle que la démarche proposée pour les établissements consiste à envisager l'attribution d'une enveloppe globale en fonction du niveau moyen de dépendance des personnes âgées accueillies, ce qui est conforme à la volonté du législateur. Cette démarche semble intéressante à condition qu'elle s'appuie sur la référence qualitative. Selon la loi, pour ce qui concerne les établissements, cette référence passe forcément par les conventions tripartites. L'enveloppe devra être liée à ces conventions. Il existe aujourd'hui un problème de confiance réciproque entre les établissements et les départements. Les départements n'ont pas toujours confiance dans le travail qualitatif des établissements. Ce peut être justifié dans certains cas, et chacun doit "faire le ménage"... Mais les établissements aussi sont échaudés face aux politiques départementales mises en place dans le contexte d'une période transitoire qui commence à être longue et qui génère des difficultés. Aujourd'hui les relations se limitent à une relation comptable, et les établissements se sentent parfois peu soutenus par les départements dans leur démarche qualité. Si votre proposition arrive à cet objectif, alors c'est une solution acceptable pour les établissements. Il nous faudra certes clarifier les règles du jeu, mais le débat mérite réflexion.

La réaction de Monsieur Christian PROUST.

La proposition de "forfaitiser" la PSD pour les établissements est une démarche intéressante. La condition pour qu'elle soit acceptée, c'est qu'elle se traduise par une amélioration de la qualité. Il faut engager des moyens financiers complémentaires au niveau des départements, et que ceux-ci puissent vérifier l'utilisation de ces sommes allouées. Tout ce qui peut tourner autour d'un projet de vie dans l'établissement peut être l'occasion d'une remobilisation des personnels. Nous pourrions nous tourner vers le gouvernement pour articuler ce dispositif avec les emplois jeunes. Il faut deux conditions pour que ce système fonctionne : que l'on définisse au niveau national une fourchette de prix moyen pour réduire les écarts entre départements ; que l'on ait des garanties sur l'enveloppe sanitaire afin d'éviter les transferts de charges. À ces conditions, les partenaires peuvent engager un vrai pacte pour l'amélioration du fonctionnement de ces établissements.

La réaction de Monsieur Pierre MÉHAIGNERIE.

Il me semble que le pacte entre partenaires sera plus facile aujourd'hui car la situation financière s'est un peu améliorée : le taux de croissance des dépenses d'aide sociale se situe aujourd'hui à 3 % après avoir été de plus de 7 %. Nous pouvons dans ce contexte plus favorable envisager un pacte de progrès avec les établissements. Dans cette hypothèse, il faudra prévoir qu'un mode de péréquation soit mis au point pour aider les départements plus pauvres. Enfin en ce qui concerne les emplois jeunes, je pense que cette proposition permettrait d'aller plus loin car on peut vraiment les affecter utilement dans le secteur personnes âgées. Avec ces pistes on peut se mettre autour d'une table, à condition que l'État apporte sa contribution en accélérant la question de la médicalisation des maisons de retraite car il y a du retard dans ce domaine.

La réaction de Monsieur Patrick KANNER.

La PSD en établissement génère des situations d'inégalité entre les personnes. De plus l'évaluation de la dépendance en établissement s'avère plus traumatisante qu'à domicile. On peut craindre en effet que ce type d'évaluation à but financier (la tarification) et imposé à tous, que l'on soit demandeur ou non de la PSD, entraîne des réactions d'incompréhension, surtout dans les départements où les consignes données au personnel sont essentiellement de limiter les coûts.

Je ne peux qu'approuver la proposition d'un forfait profitable à tous. Il faut contractualiser les objectifs, avec une évaluation et une possibilité de sanction. Cet objectif de responsabilisation des partenaires me paraît positif. L'idée est bonne car elle se situe dans une vision plus large de la politique gérontologique et donne des moyens d'impulser l'innovation sociale. Il reste une question : celle de la grande variété des établissements. Il existe encore de très grands décalages de qualité et de prestations entre établissements, et certains d'entre eux devraient être fermés.

La réaction de Madame Paulette GUINCHARD-KUNSTLER.

L'hypothèse de l'enveloppe globale est intéressante car elle permet à chaque établissement d'aller plus loin dans la construction de son projet de vie. Les conditions pour cela sont les suivantes :

- fixer un tarif minimum correct ;
- poursuivre la prise en charge de la médicalisation ;
- quant à la possibilité d'utiliser le dispositif des emplois jeunes dans le secteur de l'animation en établissement, pourquoi pas ? à condition qu'il y ait une véritable formation à la gérontologie pour ces jeunes. D'autre part il est difficile de séparer l'animation de la prise en charge quotidienne des personnes âgées. C'est en effet dans le travail quotidien que se gère l'aide à la dépendance. Il faut avoir de vrais projets d'établissements liés à la réalité de la vie des gens. L'animation doit être liée à toutes les activités de la vie (toilette, déplacements...) ; et il faut bien sûr aborder la question de l'accompagnement de la fin de vie.

La réaction de Monsieur Paul CADOT.

Je relèverai juste deux points sur ce sujet de la PSD en établissement : d'une part il me semblerait particulièrement intéressant de développer une coordination entre les établissements et les services extérieurs du soutien à domicile ; d'autre part en ce qui concerne la médicalisation des maisons de retraite, les branches vieillesse et maladie de la protection sociale sont prêtes à participer aux financements nécessaires, à condition toutefois qu'il existe un schéma gérontologique à jour dans les départements.

La réaction de Monsieur Didier SAPY.

La qualité de vie en établissement repose sur l'élaboration d'un projet de vie institutionnel. Or il n'a pas de reconnaissance juridique actuellement. Ce projet de vie comporte un projet de soins, un projet hôtelier, un projet architectural, un projet d'animation, pour tendre vers des objectifs de qualité. Quant aux emplois jeunes, il faut savoir que des départements ont refusé aux établissements leur création, pour des motifs financiers : on objecte que dans cinq ans les établissements voudront embaucher ces jeunes, et cela se répercutera dans les prix de journée. Si la proposition est faite d'un partenariat qui sort de cette logique-là, on peut arriver à quelque chose de réellement novateur.

Sur la fixation d'une fourchette de prix, je veux bien un seuil, mais pas de maximum. Si on peut aller au-delà de ce que donne la fourchette, ce sera très bien. Dans la qualité tout ne coûte pas, mais il ne faut pas non plus, dans le cadre d'un partenariat, ne mettre en place que ce qui ne coûte pas.

Le rôle des organismes professionnels n'est pas de définir la politique mais les besoins. Les établissements définissent des outils d'évaluation. Le pacte de progrès sera possible alors entre les professionnels et les politiques.

CONCLUSION par Monsieur Pierre MÉHAIGNERIE.

On s'interroge souvent sur l'utilité de nombreux colloques : celui-ci, je le crois, aura été utile. Les rencontres de Belfort nous ont en effet donné l'occasion d'engager une réflexion partagée peu influencée par des logiques institutionnelles ou étroitement gestionnaires. Les conditions d'une clarification des enjeux étant réunies, il s'avère alors possible d'identifier ensemble des hypothèses d'adaptation de la Prestation spécifique dépendance, pour faire mieux et plus simple.

En ce qui concerne la PSD à domicile, trois ouvertures sont concevables : l'intégration des personnes de niveau GIR 4 dans le champ de la prestation, l'assouplissement des règles de récupération sur succession, la simplification du mode de calcul des ressources. Bien entendu cela nécessitera le renforcement du partenariat avec les CRAM pour qu'elles complètent l'effort départemental à tous les niveaux de dépendance. Cela impliquera aussi la mise en place de mécanismes de péréquation entre départements pour aider les départements les plus exposés au problème du vieillissement. Il faudra enfin faciliter le rapprochement des points de vue des départements et des associations afin de conserver une large diversité des services.

En ce qui concerne la PSD en établissement, il semble possible de s'orienter vers la mise en oeuvre d'un soutien globalisé aux établissements au lieu et place d'aides individuelles, déjà largement assurées par le recours à l'aide sociale à l'hébergement. Cela nécessiterait bien évidemment que soit rattrapé par ailleurs le retard pris sur la médicalisation des établissements.

Le pire serait de s'enfermer dans un conflit entre départements, organismes de protection sociale et associations. Il y a une synthèse possible entre tous les points de vue, à condition de vouloir concilier deux objectifs : avoir une économie performante et une société solidaire. Ces deux objectifs doivent être menés ensemble.

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
- **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, 1997
- **La PSD un an après : premières tendances**
Les Cahiers de l'Odas, Odas Éditeur, 1998
- **Handicap et citoyenneté au seuil de l'an 2000**
Odas Éditeur, 1998

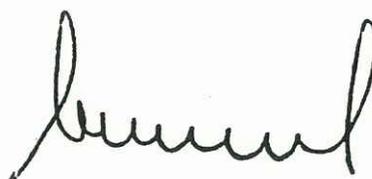
Composition : Anne THOURAUD
Suivi éditorial : Pierre-Antoine LÉGOUTIÈRE
Achévé d'imprimer sur les presses
de l'imprimerie du ROULE - Torcy-Marne-la-Vallée
Dépôt légal : août 1998

On s'interroge souvent sur l'utilité des actes d'un colloque. Pour les rencontres de Belfort, la question ne s'est guère posée et cette publication était très attendue. Les rencontres de Belfort nous ont en effet donné l'occasion d'engager une réflexion partagée peu influencée par des logiques institutionnelles ou étroitement gestionnaires. Les conditions d'une clarification des enjeux étant réunies, il s'avérait alors possible d'identifier ensemble des hypothèses d'adaptation de la Prestation spécifique dépendance, pour faire mieux et plus simple.

En ce qui concerne la PSD à domicile, trois ouvertures sont concevables : l'intégration des personnes de niveau GIR 4 dans le champ de la prestation, l'assouplissement des règles de récupération sur succession, la simplification du mode de calcul des ressources. Bien entendu cela nécessitera le renforcement du partenariat avec les CRAM pour qu'elles complètent l'effort départemental à tous les niveaux de dépendance. Cela impliquera aussi la mise en place de mécanismes de péréquation entre départements pour aider les départements les plus exposés au problème du vieillissement. Il faudra enfin faciliter le rapprochement des points de vue des départements et des associations afin de conserver une large diversité des services.

En ce qui concerne la PSD en établissement, il semble possible de s'orienter vers la mise en œuvre d'un soutien globalisé aux établissements au lieu et place d'aides individuelles, déjà largement assurées par le recours à l'aide sociale à l'hébergement. Cela nécessiterait bien évidemment que soit rattrapé par ailleurs le retard pris sur la médicalisation des établissements.

Le pire serait de s'enfermer dans un conflit entre départements, organismes de protection sociale et associations. Il y a une synthèse possible entre tous les points de vue, à condition de vouloir concilier deux objectifs : avoir une économie performante et une société solidaire. Ces deux objectifs doivent être menés ensemble.



Pierre MÉHAIGNERIE
PRÉSIDENT DE L'ODAS