



Rapport Odas

Allocation Personnalisée
d'Autonomie :
enjeux et perspectives

Janvier 2003



Rapport de l'Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée

Janvier 2003

Allocation Personnalisée d'Autonomie : enjeux et perspectives

A un moment où se précise l'ampleur de la crise du financement de la protection sociale, la mise en œuvre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) constitue un nouveau défi. Le besoin d'aide aux personnes âgées dépendantes est bien réel alors que le financement de la réponse s'avère aléatoire et l'organisation des services d'aide à domicile mal adaptée. Il est vrai que, l'APA présentant la particularité d'être une prestation d'aide sociale à caractère universel, le nombre de personnes âgées éligibles est élevé : il est compris entre 950 000 et 1 120 000 (voir tableau 1). Et même si toutes ne la demanderont pas, l'APA reste une prestation attractive¹. Il est donc important de mieux mesurer les enjeux soulevés avec l'instauration de l'APA dans un contexte de vieillissement démographique qui s'accroîtra dans l'avenir, afin d'envisager des pistes de rationalisation de la réponse.

Tableau 1

Evaluation de la population âgée dépendante²

(répartition établissement/domicile par groupe iso-ressources de dépendance (GIR) en 2003)³
(en milliers de personnes)

	Établissement	Domicile	Total
GIR 1	100	25	125
GIR 2	150	140	290
GIR 3	70	145	215
GIR 4	80	240 à 410	320 à 490
Total	400	550 à 720	950 à 1 120

1 Selon leurs ressources et leur niveau de dépendance, les personnes peuvent bénéficier d'une aide (essentiellement sous forme de services) dont le montant peut atteindre 1090 euros en 2002.

2 La classification de la dépendance comprend six groupes iso-ressources (GIR), échelonnés des plus dépendants (GIR 1) aux moins dépendants (GIR 6). Seules les personnes classées en GIR 1 à GIR 4 sont éligibles à l'APA.

3 Cette évaluation est réalisée à partir des données extrapolées issues des enquêtes Handicap, Incapacité, Dépendance réalisée par l'INSEE en 1998 pour ce qui concerne le domicile, et de l'enquête de la mission MARTHE 1999 pour les personnes en établissement (l'enquête HID estimait que 55 à 60 % des personnes en structures d'accueil étaient dépendantes, soit environ 290 000 personnes. Le chiffre de 80% avancé par la mission MARTHE semble mieux rendre compte du fait que l'entrée en établissement intervient surtout lorsque les personnes se retrouvent dans l'incapacité de rester à domicile).

LES HYPOTHESES RETENUES

Le nombre de personnes demandant la prestation.

En tenant compte des conditions d'accès très ouvertes de l'APA et du fait que certaines personnes ne demanderont pas cette prestation (par choix personnel, par manque d'accès à l'information...), on estime que 80 à 90 % des demandeurs potentiels à domicile ont fait leur demande fin 2002, et qu'ils seront 100 % fin 2003. En établissement, la quasi-totalité des bénéficiaires attendus auront demandé l'APA fin 2002.

Les délais d'instruction des dossiers

La loi impose que l'instruction soit réalisée dans un délai de deux mois. En année de montée en charge, les départements ont globalement fait en sorte de respecter ce délai. On retient donc un délai de deux mois pour le domicile et d'un mois pour l'établissement (pas d'établissement de plan d'aide).

Les délais de mise en oeuvre de l'APA

- En établissement la mise en œuvre est immédiate, la consommation de l'aide sera effective et versée de façon rétroactive à partir du dépôt d'un dossier complet de demande.
- A domicile, une fois le plan d'aide établi et accepté on estime que sa mise en œuvre concrète nécessite deux mois de délai supplémentaire. Pendant cette période (instruction et mise en œuvre soit 4 mois au total) on estime que le bénéficiaire n'utilisera que la moitié de la prestation qu'il consommera les mois suivants.

Le coût moyen par bénéficiaire

- En établissement, le montant de l'aide accordée est estimé en moyenne à 280 _ par mois en 2002 (source MARTHE).
- A domicile, les bénéficiaires de l'APA peuvent prétendre à une aide pouvant atteindre en 2002 un montant plafond de 1 090 _ par mois en GIR 1, de 934 _ /mois en GIR 2, de 701 _ /mois en GIR 3 et de 467 _ /mois en GIR 4. Considérant que tous les plans d'aide ne sont pas valorisés à hauteur du plafond, que certains bénéficiaires participent à leur plan d'aide, et que la consommation peut être partielle, on estime qu'un bénéficiaire consommera en moyenne une APA mensuelle d'un montant correspondant à 65 % du plafond attribuable (après le délai de 4 mois).

La durée moyenne de présence des personnes dans leur GIR (groupe iso-ressources)

Cette variable, non prise en compte jusqu'à présent, est essentielle. Compte-tenu notamment des éléments repérés sur le terrain, pour le domicile et pour l'établissement, on estime la durée moyenne de présence à 9 mois pour un GIR 1, 18 mois pour un GIR 2, 2 ans pour un GIR 3 et 3 ans pour un GIR 4. Tout changement de GIR ou de mode de prise en charge est compté ici comme une sortie donnant lieu à une nouvelle décision d'attribution. Ainsi par exemple en GIR 1, sur 100 prestations accordées, 11 personnes sortent de la prestation tous les deux mois et la moitié des bénéficiaires n'y sera plus après 9 mois (pour cause de décès, d'hospitalisation, ou encore de passage du domicile à l'établissement).

Le tableau ci-dessous reprend l'ensemble de ces cinq hypothèses sur une année.

Suivi de cohortes de 1000 bénéficiaires à domicile pendant la première année d'attribution

	Bénéficiaires au premier jour	Bénéficiaires un an plus tard	Nbre moyen de mois consommés par bénéficiaire	Coût moyen annuel par bénéficiaire (en €)*
GIR 1	1000	280	5,6	3 900
GIR 2	1000	640	8,3	5 000
GIR 3	1000	780	9,0	4 100
GIR 4	1000	820	9,4	2 900
Moyenne	1000	740	8,9	3 900

* Exemple de calcul, en GIR 1: Coût annuel moyen par bénéficiaire = 5,6 mois x 65% de 1090 _.

TITRE I - MESURER LES ENJEUX

Pour prendre la mesure de l'APA et de ses incidences diverses, il est nécessaire d'évaluer l'ampleur et la rapidité de sa montée en charge (I), d'estimer son impact financier (II), mais également de replacer cette prestation dans le contexte démographique qui caractérisera la France dans les prochaines années (III).

I – LE NOMBRE DE BENEFICIAIRES DE L'APA (2002-2004)

En s'appuyant une série d'hypothèses (*voir encadré*), il est possible d'estimer l'évolution du nombre de décisions d'attribution ou de rejet et le nombre de bénéficiaires de l'APA en fonction de leur niveau de GIR (*voir tableaux 2 et 3*).

Tableau 2

Evolution du nombre de décisions et de bénéficiaires de l'APA en établissement
(hors dotation globale)
(en milliers)

	Décisions (flux)			Bénéficiaires (stock au 31/12)		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
GIR 1	70	70	70	45	50	50
GIR 2	110	80	80	90	95	100
GIR 3	50	25	20	45	50	50
GIR 4	55	20	20	50	55	55
Favorables	285	195	190			
Défavorables	15	10	10			
Total	300	205	200	230	250	255

Tableau 3

Evolution du nombre de décisions et de bénéficiaires de l'APA à domicile
(en milliers)

	Décisions (flux)			Bénéficiaires (stock au 31/12)		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
GIR 1	20	25	25	13	15	16
GIR 2	120	85	85	100	115	120
GIR 3	120	55	50	105	125	130
GIR 4	235	105	70	200	255	265
Favorables	495	270	230			
Défavorables	140	65	60			
Total	635	335	290	425*	510*	531*

* résultats arrondis à 5000 près.

Comme on peut l'observer, c'est l'année 2002 qui subit l'essentiel de la montée en charge (avec un afflux de demandes dans les premiers mois). Fin 2002, 770 000 personnes environ devraient bénéficier de la prestation : 420 000 à domicile et 350 000 en établissement (230 000 sous forme de versement individualisé et 120 000 dans les établissements qui expérimentent le versement de la dotation globale).

Toutefois, le nombre de nouvelles décisions restera élevé les années suivantes. Cela s'explique par le renouvellement de la population âgée dépendante mais aussi par des révisions liées à la modification des situations des personnes déjà bénéficiaires⁴. La charge de travail restera donc importante pour les départements.

Enfin, on constate un écart entre le nombre de bénéficiaires et la population âgée dépendante. Pour les personnes de GIR 1 et 2, il s'explique notamment par des délais administratifs importants au regard de la durée de présence des bénéficiaires. Pour les personnes de GIR 3 et 4, il est vraisemblable que certaines renoncent à demander une aide lorsqu'elles sont entourées. Les personnes isolées demanderaient plus systématiquement l'APA, autant pour rompre leur solitude que pour la réalisation de tâches domestiques.

II - LES DEPENSES D'AIDE SOCIALE AUX PERSONNES AGEES (2002-2004)

L'ensemble des hypothèses précédemment émises permet d'estimer les dépenses d'APA et de déterminer l'ensemble des dépenses d'aide sociale en direction des personnes âgées.

Tableau 4

Estimations des dépenses d'APA⁵
(en milliards d'euros)

	2002	2003	2004
Etablissement	0,7	1,3	1,4
Domicile	0,8	2,4	2,6
TOTAL	1,5	3,7	4,0
Fonds de financement APA	(-) 0,00	1,25	Donc disponible

Il faut souligner que les montants de dépenses peuvent évoluer considérablement si les hypothèses sont modifiées, en particulier pour le domicile. Ainsi :

- une durée moyenne de présence de plus ou moins 6 mois dans un GIR à domicile se traduit par un coût de plus ou moins 50 millions d'euros en 2002, de plus ou moins 250 millions d'euros en 2004 ;
- une consommation moyenne des plans d'aide évoluant de plus ou moins 3% (soit l'équivalent d'une heure d'aide en prestataire) entraîne une dépense de plus ou moins 80 millions d'euros en 2004 ;
- la présence de plus ou moins 10 000 bénéficiaires de l'APA à domicile induit une dépense de plus ou moins 50 millions d'euros en 2003 et 2004.

4 Rappelons que si les révisions liées aux changements de GIR ou de prise en charge sont intégrées dans le nombre de décisions, nous n'avons pas tenu compte des renouvellements sans révision dans les départements où l'APA a été attribuée pour une durée déterminée.

5 Les résultats diffèrent de ceux présentés par l'Odas dans sa lettre de septembre 2002 car entre les deux études (juin et novembre 2002), les départements ont considérablement révisé leurs prévisions de dépenses, à cause notamment de la sous-estimation des délais de mise en œuvre de l'APA.

Tableau 5

Les dépenses nettes d'aide sociale aux personnes âgées
(en milliards d'euros)

	2001	2002	2003	2004
Aide sociale à l'hébergement	0,82	0,83	0,85	0,90
PSD et ACTP en établissement	0,23	0,12	-	-
APA en établissement	-	0,70	1,30	1,40
TOTAL en établissement	1,05	1,65	2,15	2,30
Aide ménagère	0,12	0,07	0,06	0,05
PSD et ACTP à domicile	0,54	0,23	0,04	-
APA à domicile	-	0,60	2,40	2,60
TOTAL à domicile	0,79	1,10	2,50	2,65
TOTAL aide sociale en direction des personnes âgées	1,73	2,73	4,65	4,95
Excédent par rapport à l'année précédente		+ 1,00	+ 1,90	+0,30
Fonds de financement de l'APA		0,00	1,25	Non disponible
Financement supplémentaire à la charge des départements		0,30	0,65	-

En 2002, l'APA a un impact budgétaire modéré sur les dépenses nettes d'aide sociale en direction des personnes âgées. La dépense d'APA est compensée d'une part par la diminution des autres prestations qu'elle remplace (ACTP, PSD et une partie de l'aide ménagère) et d'autre part par l'apport de l'Etat via le fonds de financement de l'APA.

C'est en 2003 que l'impact financier de l'APA sera élevé : les dépenses d'APA (domicile et établissement) passeront à 3,7 milliards d'euros (contre 1,5 milliard d'euros en 2002) et ne seront que très marginalement compensées par la diminution de 0,32 milliard d'euros des anciennes prestations. L'Etat abondera à hauteur de 1,25 milliard d'euros pour le fonds de financement en 2003, il restera à trouver 0,65 milliard d'euros ⁶.

Dans les prochaines années, les dépenses en direction des personnes âgées seront alors constituées à plus de 80% par l'APA. Celle-ci représentera environ 20% du total des dépenses nettes d'action sociale départementale et constituera une part nettement plus importante encore de leur évolution.

III – UN CONTEXTE DE VIEILLISSEMENT DEMOGRAPHIQUE

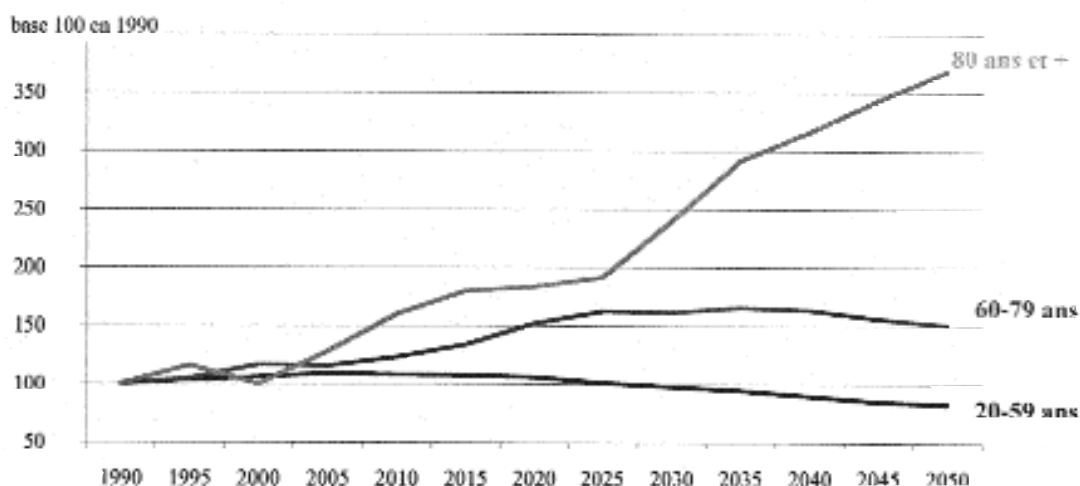
Les données démographiques sur l'évolution de la population âgée dans un proche avenir sont bien connues. Les personnes âgées de plus de 65 ans étaient 8 millions en 1990, elles sont 9,5 millions aujourd'hui, elles seront plus de 13 millions en 2020. Au cours de la même période le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus passera de 900 000 à plus de 2 millions.

Au-delà de ces chiffres, l'analyse des évolutions démographiques sur trois catégories de population (*graphique 1*) permet de donner une idée de l'évolution des rapports entre actifs – aidants – aidés. En effet la première catégorie concerne la population âgée de 80 ans et plus, qui peut être considérée comme la population " en besoin d'aide ". La seconde concerne la population âgée de 60 à 79 ans, qui donne une indication sur les " aidants ". La troisième concerne la population âgée de 20 à 59 ans, qui représente les " cotisants actifs ".

⁶ On notera que des modifications dans les critères de participation des personnes à leur aide n'auraient d'incidence financière qu'à moyen terme. En effet, l'essentiel des dépenses effectuées en 2003 seront engagées pour des personnes ayant fait leur demande en 2002. Il faudra attendre le renouvellement de cette population pour avoir un impact significatif sur les dépenses.

Graphique 1

Évolution projetée de la population par tranche d'âge



Source INSEE

L'équilibre entre ces trois catégories est rompu dès 2005, la cassure s'accroissant en 2025.

Or les politiques de soutien à la dépendance construites depuis les années 1990 sont basées sur l'existence d'un tissu relationnel et familial encore conséquent. En effet, la génération de la fin des années 1940 et début des années 1950, dite du " baby-boom " ou " génération-pivot ", est plus nombreuse que celle de ses parents et que celle de ses enfants. Cette génération offre donc davantage de potentialités d'aidants naturels que la suivante.

D'ici 20 à 25 ans, l'augmentation des personnes très âgées sera parallèle à celle des aidants, mais la stabilité du nombre d'actifs créera un déséquilibre financier important au regard des besoins. Ensuite, en plus de la diminution du nombre d'actifs par personne âgée, le potentiel d'aidants commencera lui aussi à diminuer.

Ainsi, plusieurs questions seront posées à la société : outre le fait que mécaniquement les aidants potentiels seront moins nombreux pour plus de personnes en besoin d'aide, quelle aide intergénérationnelle peut-on attendre d'eux ? On ne peut préjuger de la reproduction du modèle vécu actuellement par la génération pivot. Il est donc important d'organiser le soutien au vieillissement en tenant compte de ces divers paramètres.

TITRE II - RATIONALISER LA RÉPONSE

Cette réponse doit être rationalisée pour l'établissement comme pour le domicile. En ce qui concerne l'APA en établissement, la réussite de l'expérimentation de la dotation globale milite pour sa généralisation (I). A domicile, avec le recul d'une année, l'APA semble répondre aux attentes des personnes en perte d'autonomie, grâce notamment au caractère personnalisé du plan d'aide. Mais sa pleine réussite dépendra de l'organisation de l'aide (II).

I - POUR UNE GENERALISATION DE LA DOTATION GLOBALE EN ETABLISSEMENT

L'allocation personnalisée d'autonomie peut, à titre expérimental sur demande du département, être versée à l'établissement sous la forme d'une dotation globale, prenant en compte le niveau moyen de dépendance des résidents. C'est le conseil général qui fixe cette dotation dans le cadre de la réglementation. Le versement s'effectue sous la forme d'acomptes mensuels, dont le montant est égal au douzième de la dotation annuelle.

Ce mode de versement expérimental doit s'inscrire dans le cadre de la convention pluriannuelle signée par l'établissement, le président du conseil général et le représentant de l'Etat dans le département. De fait certains établissements sont passés en dotation globale avant que toutes les conventions aient été signées.

Un premier état des lieux au 31 décembre 2001 réalisé par l'Odas montrait qu'au moins 36 départements expérimentaient la dotation globale sur tout ou partie des établissements pouvant être concernés. Les chiffres de la DREES au 30 juin 2002 font état de 42 départements (dont 10 départements qui appliquent la dotation globale à tous les établissements) et de 112 000 personnes concernées (120 000 au 31 décembre 2002). Il est fort probable qu'en 2003 le nombre de départements expérimentant la dotation globale sera plus important encore. En effet, les départements qui n'expérimentaient pas la dotation globale en 2002 n'étaient pas opposés à sa mise en place à moyen terme.

L'évaluation réalisée par la commission *ad hoc* de l'Odas au cours de l'année 2002 conclut positivement, les appréciations des départements qui expérimentent la dotation globale faisant ressortir ses avantages et l'absence d'inconvénients réels (I.1)⁷. Une généralisation de l'expérimentation supposerait alors de lever un certain nombre de difficultés transitoires d'application et de mettre en place les conditions nécessaires (I.2).

I.1 . Une expérimentation positive

Le principal atout de l'expérimentation est d'apporter une simplification des procédures à l'ensemble des acteurs. L'allègement des circuits administratifs lié à l'expérimentation est clairement mis en avant par les établissements et les conseils généraux. En écho, les relations avec les usagers s'en trouvent simplifiées et facilitées.

1/ Une charge d'instruction administrative allégée

Le choix de la dotation globale implique de donner à tous les résidents, quel que soit leur groupe iso-ressources de dépendance (GIR) une même aide pour prendre en charge leur dépendance. Sur le plan administratif cela entraîne

7 Ont participé à cette commission ponctuelle des représentants des institutions suivantes :Conseil général de l'Allier, Conseil général des Alpes de Haute Provence, Conseil général des Alpes Maritimes, Conseil général de la Côte d'Or, Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Conseil général du Loiret, Conseil général du Lot et Garonne, Conseil général de l'Oise, Conseil général du Pas-de-Calais, Conseil général du Territoire de Belfort, CRAM Nord-Picardie, CRAM du Sud-Est, DDASS des Alpes de Haute Provence, DDASS des Alpes Maritimes, DDASS du Loiret, DDASS du Lot et Garonne ; Ministère des Affaires sociales : DREES et Mission MARTHE, ainsi que des directeurs d'établissement ou représentants de fédération ou association d'établissements.

une simplification majeure en supprimant la procédure d'instruction.

Mais certains exécutifs départementaux ont souhaité maintenir la participation des bénéficiaires aux revenus les plus élevés, ce qui rend nécessaire la vérification de leurs ressources. Le coût de gestion de cette mesure étant supérieur au gain, compte tenu de la structure des revenus des résidents, il fallait pouvoir conserver le principe sans alourdir la gestion administrative. Des conseils généraux ont décidé de demander aux résidents une déclaration sur l'honneur selon laquelle ses revenus sont inférieurs ou supérieurs au montant fixé par la loi. Cette solution évite finalement de mettre en œuvre une procédure d'instruction sur les ressources pour ceux qui ne sont pas concernés.

2/ L'assurance d'une régularité de trésorerie pour les établissements

Dans le cadre d'une APA individualisée, la gestion de la trésorerie s'avère parfois complexe. Il faut en effet s'adapter aux variations des tarifs dépendance des résidents, donc des recettes, et faire face à des délais de facturation et de paiement, voire à des contentieux ou des créances irrécouvrables. Une dotation globale de financement assure au contraire un " lissage " de la trésorerie des établissements en garantissant la régularité des versements.

3/ Une facturation simplifiée pour les établissements comme pour les usagers

En cas d'APA individualisée, l'aide doit être en principe directement servie à la personne bénéficiaire qui devra rembourser son établissement. Mais elle peut également, et c'est le cas le plus fréquent, être versée à l'établissement, le résident ne payant alors que le différentiel à sa charge. La facturation reste toutefois lourde à gérer dans la mesure où toute modification du niveau de dépendance d'une personne entraîne généralement une modification de son tarif dépendance. C'est ainsi que certaines personnes pourront se voir demander un tarif dépendance supérieur au montant d'aide qu'elles percevaient jusqu'alors, et la situation peut perdurer tant que les changements n'ont pas été validés et l'aide régularisée. La dotation globale permet donc de simplifier le système de facturation, tant pour l'établissement que pour l'usager.

4/ Un rapport préservé avec les usagers

Alors que la mise en œuvre de l'APA en établissement entraîne souvent des incompréhensions, notamment lorsqu'il s'agit de changer de tarif avec une progression de la dépendance, le recours à la dotation globale gomme ces inconvénients. En revanche, certains départements ont pu craindre qu'avec ce système, la participation du conseil général n'apparaisse pas clairement. Mais différentes modalités sont possibles pour informer l'usager : des départements ont pris l'initiative d'écrire aux résidents concernés par la dotation globale pour rappeler qu'une aide à la prise en charge de la dépendance leur était versée. Ils peuvent aussi s'entendre avec les établissements pour que la facture fasse bien apparaître la contribution du conseil général.

I . 2 . Les conditions nécessaires à une généralisation de la dotation globale

La dotation globale apparaît donc comme un moyen de limiter la complexité de la gestion de l'APA en établissement. Elle permettrait de mieux se consacrer au développement de démarches stratégiques autour de l'évolution des établissements vers la qualité. En outre faire cohabiter différents modes d'attribution de l'APA risque d'entraîner des inégalités de traitement. Pour ces raisons, il semble souhaitable de généraliser l'expérimentation.

Si la dotation globale devenait la modalité de droit commun du financement de la dépendance en établissement, elle pourrait s'appliquer selon les modes de calcul actuels. Quant aux modalités relatives aux ressources des rési-

dents, elles pourraient rester du libre choix des départements, compte tenu de l'hétérogénéité des situations locales, notamment de la structure des revenus des résidents et des poids respectifs du secteur public associatif et du secteur privé à but lucratif.

Au-delà de ces remarques on peut, en s'appuyant sur l'observation des difficultés rencontrées par les départements et établissements déjà concernés, dégager au moins quatre conditions qui permettrait une généralisation de la dotation globale.

1/ Sur la signature des conventions tripartites

En principe, seuls les établissements ayant signé une convention tripartite peuvent être en dotation globale, mais certains conseils généraux ont souhaité étendre son application à des établissements pour lesquels la convention n'avait pas été signée. Or, les services déconcentrés de l'Etat ont des difficultés pour accélérer le mouvement de signature des conventions tripartites faute de moyens à y consacrer, de visibilité sur l'enveloppe budgétaire relative à la partie soins, et parfois par manque de méthode. De fait, même si les démarches de conventionnement sont bien avancées, seulement 15% environ des conventions sont aujourd'hui signées. C'est pourquoi le délai pour la signature des conventions a été repoussé (à 2005 au lieu du 31 décembre 2003)⁸.

Si l'on veut avancer rapidement dans la généralisation d'une dotation globale de dépendance, il est donc nécessaire de la dissocier de la signature des conventions tripartites. L'absence de convention tripartite n'empêcherait pas de passer une convention pour la gestion de la dotation elle-même.

2/ Sur l'application de la dotation globale aux établissements non habilités à l'aide sociale

Aujourd'hui ces établissements doivent communiquer les charges afférentes à la dépendance pour pouvoir établir la tarification correspondante et le versement de l'APA dans le cas où des résidents la demandent. Ce fait nouveau modifie les rapports entre les départements et certains établissements réticents à donner des éléments de budget. De ce fait, des départements ont pu adopter une attitude prudente soit en renonçant à l'expérimentation dans les établissements qu'ils connaissent mal, soit en appliquant un système de forfait pour la tarification dépendance inférieur à celui versé dans les établissements habilités à l'aide sociale.

Ces questions doivent être résolues dans un climat de confiance. Les relations évolueront lorsque ces établissements s'impliqueront notamment dans les démarches de qualité.

3/ Sur le calcul et la révision de la dotation globale

Des craintes ont pu s'exprimer quant au calcul même de la dotation. Ce calcul est basé sur le GIR moyen pondéré (GMP), soit un niveau moyen de dépendance, et sur les personnels s'occupant de la prise en charge de la dépendance dans l'établissement. Cette dotation a donc pour vocation d'allouer des moyens en fonction d'un état de dépendance de l'ensemble des résidents à une date donnée. Le calcul du GMP initial fige donc les marges de manœuvre. Cette situation peut affecter particulièrement les petites structures pour lesquelles une variation sensible du GMP aura un impact significatif sur les coûts.

Les conditions de révision doivent donc assurer la cohérence entre l'évolution du GMP et celle de la dotation.

8 Le projet de loi de finance de la sécurité sociale pour 2003, article 25 tel que voté par l'Assemblée Nationale prévoit le report de la date butoir pour la signature des conventions tripartites au 31/10/05, à l'exception des logements-foyers qui disposeront d'un délai supplémentaire jusqu'au 31/12/06.

4/ Sur l'accueil de personnes extérieures au département

De manière générale, les circuits administratifs sont alourdis pour les établissements et les usagers quand les prestations d'aide sont régies différemment selon les départements (c'est le cas dans la gestion de l'aide sociale à l'hébergement). Dans le cas des établissements en dotation globale, la prestation dépendance pour les personnes dont la résidence est extérieure au département d'accueil est gérée sur le mode de l'APA " individualisée ", ce qui revient à ne pas pouvoir appliquer le système de la dotation globale à l'ensemble des résidents.

En dotation globale généralisée, il resterait aux départements le soin de régulariser entre eux les situations des personnes ayant un domicile de secours différent du département de résidence. La notion de " département pivot" (qui existe dans d'autres secteurs) devrait être étudiée pour gérer la dotation globale afin d'organiser l'avance par le département d'accueil de la prise en charge de la dépendance et le remboursement par les autres départements.

II – POUR UNE ORGANISATION DE L'AIDE A DOMICILE

La nécessité d'une évolution du secteur de l'aide à domicile est un constat largement partagé. Il s'agit d'une part de rendre ce secteur professionnel plus attractif et plus réactif (II.1). Il s'agit d'autre part de mieux s'appuyer sur la diversité des réseaux et de travailler à leur complémentarité (II.2)⁹ .

II . 1 . Sur l'amélioration de l'aide professionnelle

1/ Le développement de la qualité

L'APA offre l'occasion de moderniser le secteur, par exemple par la professionnalisation des intervenants (formation des aides à domicile en s'appuyant sur les nouveaux dispositifs législatifs comme la validation des acquis de l'expérience) et de leurs encadrants, ou encore par une évolution dans la gestion des services (outils informatiques adaptés, regroupement des petites associations). On pourrait aussi davantage promouvoir les démarches-qualité. Dans cette perspective, se pose la question, comme cela existe pour l'établissement, d'une habilitation officielle des services à domicile à recevoir l'aide publique .¹⁰

En outre, le secteur de l'aide à domicile devra devenir plus attractif en offrant des emplois stabilisés, par une mensualisation des salariés, une revalorisation des salaires, des propositions d'évolution dans le métier (approfondissement d'une spécialisation, par exemple dans l'aide aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ou proposition d'une polyvalence d'intervention auprès des publics).

2/ La diversification des réponses

La lutte contre l'isolement des personnes constitue un axe à développer dans la mesure où la prévention de la dépendance passe notamment par le lien conservé avec la société. Or la solitude des personnes âgées ne trouve pas sa seule réponse dans le passage à domicile d'un intervenant professionnel plus ou moins médicalisé. C'est aussi une aide à sortir de chez soi que doit pouvoir solvabiliser l'APA : taxi, organisation de transports adaptés, accompagnement vers un lieu de loisirs, aide pour continuer à jardiner... Les nouveaux métiers qui se sont développés en gérontologie ces dernières années ouvrent des pistes : chauffeur accompagnateur, qualicien dans le portage de repas, visiteurs, assistant de convivialité¹¹... , autant de métiers dont le point commun est la prise en

9 Il faudrait que la réflexion porte aussi sur l'évolution de l'emploi en gré à gré qui représente environ la moitié de l'aide apportée aux personnes âgées Voir les réflexions en cours de l'IRCEM.

10 Des démarches de certification sont actuellement en cours avec l'Afnor en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur sur les services à domicile. Elles participent de cette volonté de reconnaissance d'un professionnalisme du secteur.

11 Voir Caudron, Petitbout, Ariane Développement local, Métiers émergents en gérontologie, octobre 2001.

compte prioritaire du relationnel ¹².

Par ailleurs, l'aide à domicile pourrait aussi s'orienter de façon plus volontariste vers les formules d'aide aux aidants. En effet, le soutien des familles aidantes est sans aucun doute l'un des moyens de préserver ce réseau essentiel dans l'aide aux personnes les plus dépendantes. Or peu de structures d'accueil temporaire ou d'accueil de jour se sont ouvertes sur le territoire français, en partie pour des raisons de savoir-faire et de montages financiers essentiellement. Quant aux initiatives comme les groupes de parole, le conseil aux familles, la formation au vieillissement, l'apprentissage des bonnes postures etc., elles sont encore peu développées. L'APA vient relancer l'intérêt d'aller plus loin sur ce chantier.

II . 2. Sur la diversification et la complémentarité des réseaux

On ne pourra répondre à la demande d'aide par le seul réseau professionnel, même s'il se développe de façon massive, et ceci pour des raisons à la fois culturelles et financières.

L'appui aux réseaux d'aide bénévole pourrait être développé, même si les décideurs publics n'ont pas beaucoup fait appel jusqu'ici à la citoyenneté dans l'organisation et la mise en œuvre de leurs politiques. Rares encore sont les départements qui ont su s'appuyer sur des réseaux d'ânés (notamment en milieu rural) pour diligenter des enquêtes à domicile (dans le cadre d'un schéma par exemple) ou répondre à la solitude des personnes. Les préjugés contre le bénévolat doivent pouvoir être dépassés pour travailler en complémentarité de compétences et de disponibilité¹³.

De manière bien plus massive que la mobilisation des bénévoles, l'intervention des proches est l'élément clé du soutien à domicile des personnes les plus dépendantes. Dès l'instauration de la PSD en 1997 a été introduite la possibilité pour les proches, à l'exception du conjoint, d'être rémunérés pour apporter une aide directe à leurs parents (au sens de parenté) âgés et dépendants. Il est évidemment bien trop tôt pour évaluer les effets de cette mesure sur l'évolution des relations entre parents et grands-parents dépendants et leurs descendants.

Travailler sur les complémentarités des réseaux exige de revoir la nature des interventions traditionnelles à domicile en les intégrant dans un ensemble plus vaste, où l'aidant " naturel " fait partie de la chaîne et où des services différents interviennent dans la même logique, qu'ils soient gratuits ou non. C'est en définitive l'un des objectifs de l'organisation de toute coordination qui prend en compte la globalité de la personne et ne se restreint pas à des réponses spécifiques. L'ambition des centres d'information et de coordination gérontologiques (CLIC) est bien là. Les efforts dans leur organisation devront être poursuivis si l'on veut qu'ils apportent une aide réelle aux personnes âgées.

L'APA n'est donc pas qu'un dispositif d'aide personnalisée. Elle offre l'occasion de promouvoir de nouvelles politiques publiques, axées sur le long terme, afin de relever le défi du vieillissement de la population, ou plus précisément de la dépendance d'une partie de la population. En effet, dans les prochaines décennies, l'âge se révélera de moins en moins pertinent pour déterminer des champs d'intervention publique : que signifiera la notion de vieillesse lorsque, dans une trentaine d'années, près du tiers de la population française aura plus de 60 ans et continuera d'exercer une activité?¹⁴

Il faut donc cesser de parler de soutien aux personnes âgées pour parler de soutien à la dépendance et de prévention de la dépendance. C'est aussi par un nouveau vocabulaire que l'on réduira la fracture entre les âges.

12 L'enquête de l'Odas Personnes âgées, villes et emplois de proximité, Les cahiers de l'Odas, 1994 montrait clairement que, pour répondre aux attentes des personnes âgées, le développement de services devait privilégier des emplois polyvalents et tournés prioritairement vers le relationnel.

13 Les enquêtes de l'INSEE sur la sociabilité montrent que les plus disponibles pour le bénévolat sont les jeunes retraités de la " génération pivot ". Elles montrent en outre que les personnes plus âgées ayant eu une vie associative intense conservent plus que les autres une vie relationnelle.

14 Selon les projections de l'INSEE.



Le rapport de l'Odas est une publication de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas).

Ce numéro a été tiré à 12 000 exemplaires – ISSN 1265-7476.

Ont participé principalement à sa rédaction : Anne LATTY, James KUPERMINC, Chargés d'études à l'Odas et
Jean-louis SANTIAGO, Directeur des études de l'Odas.

Le rapport est disponible sur le site internet www.odas.net ou sur demande à l'Odas :
37, Boulevard Saint-Michel, 75 005 ,Paris. Tél : 01 44 07 02 52 – Fax : 01 44 07 02 62

