

**L'AIDE PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE :  
UN NOUVEAU DROIT FONDE SUR LE  
PRINCIPE D'EGALITE**

Rapport remis à Martine AUBRY  
Ministre de l'emploi et de la solidarité

par

Jean-Pierre SUEUR  
Maire d'ORLEANS

MAI 2000

*Je tiens à remercier très sincèrement  
Jean-René BRUNETIERE,  
Annick BONY et Caroline BUSSIERE.*

*Leur compétence, leur profonde connaissance  
des dossiers et leur grande disponibilité  
ont été précieuses pour la préparation  
de ce rapport.*

## SOMMAIRE

	<u>Page</u>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>5</b>
<b><u>PREMIERE PARTIE : L'AIDE PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE : LES RAISONS D'UNE REFORME.....</u></b>	<b>6</b>
<b><u>DEUXIEME PARTIE : PROPOSITIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'AIDE PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE .....</u></b>	<b>12</b>
<b>I.– La définition légale de plans d'aide subventionnés et la mise en place d'un ticket modérateur à la charge des bénéficiaires .....</b>	<b>13</b>
1) La définition légale de plans d'aide subventionnés déterminés par degré de dépendance .....	13
2) La mise en place d'un ticket modérateur .....	14
3) Propositions pour des barèmes.....	14
4) Principe de garantie des droits acquis.....	19
<b>II. – La récupération sur les successions et les donations.....</b>	<b>19</b>
1) Le recours sur la succession.....	19
2) Le recours sur donation.....	20
<b>III. – La gestion de l'Aide personnalisée à l'autonomie .....</b>	<b>21</b>
1) Pour les GIR 1, 2 et 3.....	21
2) Pour les GIR 4, 5 et 6.....	21

IV. – La mise en place d'une péréquation et la participation de l'Etat..... 22

1) Les coûts de la prestation nouvelle .....	23
2) Le principe d'une péréquation envers les départements.....	24
3) Les équilibres financiers pour le GIR 4 .....	24
4) Les règles de la péréquation entre départements .....	25
5) Le respect par l'Etat, les départements et les caisses des nouvelles règles .....	26
6) Bilan financier .....	26

**TROISIEME PARTIE : DES CONVENTIONS POUR UNE POLITIQUE  
GERONTOLOGIQUE COHERENTE .....** 27

ANNEXES : ..... 30

1. Lettre de mission du 24 décembre 1999 .....	31
2. Déclaration du Premier ministre du 21 mars 2000 .....	34
3. La grille AGGIR .....	38
4. Simulations relatives au ticket modérateur à la charge des bénéficiaires de l'APA : alternatives aux propositions du rapport....	42
5. Simulation relative à la répartition de l'aide de l'Etat .....	45
6. Note relative à l'appréciation du patrimoine des demandeurs de la PSD .....	49
7. Note relative au barème de participation de la CNAVTS .....	51
8. Compte rendus des auditions effectuées dans le cadre de la mission	54
9. Contributions écrites transmises à la mission .....	125

## **Introduction**

Ce rapport propose un dispositif d'ensemble permettant la mise en œuvre dans des délais rapprochés d'une nouvelle prestation, "l'aide personnalisée à l'autonomie", destinée aux personnes âgées dépendantes.

Il est proposé que l'attribution de cette prestation soit un droit mis en œuvre dans les mêmes conditions sur l'ensemble du territoire.

Il est proposé que cette nouvelle prestation se substitue à l'actuelle "prestation spécifique dépendance" et à une part des prestations prises en charge par les Caisses de retraite au titre de leur action sociale extra-légale.

La première partie du rapport présente les principes qui justifient cette réforme. Les seconde et troisième parties détaillent les modalités de sa mise en œuvre à court et à moyen termes.

Ce rapport considère comme acquis l'ensemble des conclusions du très riche rapport de Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : "Vieillir en France. Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie", remis au Premier ministre en juin 1999. Il préconise un dispositif opérationnel sur la base des orientations de ce rapport, qui sont donc pleinement prises en compte.

Enfin, ce rapport ne concerne, pour l'essentiel, que les personnes âgées dépendantes vivant à domicile, puisque les propositions concernant les personnes hébergées en établissement ont été faites parallèlement (et en cohérence avec le présent rapport) dans le rapport élaboré par Jean-René BRUNETIERE.

## **PREMIERE PARTIE**

L'AIDE PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE :

LES RAISONS D'UNE REFORME

A de rares exceptions près, les nombreuses organisations représentatives des « acteurs » ou des « partenaires » impliqués dans la prise en charge des situations de dépendance des personnes âgées que nous avons rencontrées sont très critiques à l'égard du dispositif actuel mis en place par la loi du 24 janvier 1997.

Les critiques tiennent, en premier lieu, au fait qu'un nombre relativement faible (un cinquième ou un sixième, selon les estimations les plus fréquemment avancées) des personnes susceptibles de bénéficier de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) en bénéficiait effectivement en raison, notamment, de nombreux facteurs dissuasifs parmi lesquels sont souvent cités : les plafonds de ressource, les recours sur les successions et les donations, mais aussi des carences quant à l'information des personnes susceptibles de bénéficier du dispositif ou encore l'inégal développement de réseaux structurés susceptibles de mener une action gérontologique globale sur l'ensemble du territoire. D'une certaine façon, le dispositif « manque son objet », n'atteint pas l'objectif qui a été fixé en 1997 lors du vote de la loi et il est illusoire d'imaginer que, tel quel, il puisse répondre à une « demande » qui croîtra inéluctablement au cours des prochaines décennies.

Ces critiques tiennent, en second lieu, au fait que le dispositif actuel se caractérise par de nombreuses incohérences et de grandes inégalités. En effet, deux catégories d'acteurs, les départements, d'une part, les caisses de retraite, d'autre part, se partagent les rôles selon les groupes iso-ressources (GIR)<sup>1</sup>.

La prise en charge au titre de la PSD, confiée aux conseils généraux, ne concerne que les personnes les plus invalides, appartenant, selon la nomenclature en vigueur, aux groupes iso-ressources (GIR) 1 à 3. Pour les personnes relevant des GIR 4, 5 et 6, la prise en charge n'est assurée que par des prestations facultatives d'aide ménagère servies, le cas échéant, par les caisses de retraite. Or, les personnes relevant du GIR 3 ont, le plus souvent, conservé leur autonomie mentale, partiellement, leur autonomie motrice mais n'assurent plus seules l'hygiène de l'élimination ; leur état nécessite donc quotidiennement, et plusieurs fois par jour, des aides pour préserver une hygiène corporelle. Les personnes classées en GIR 4, niveau de dépendance immédiatement inférieur, nécessitent, pour nombre d'entre elles, des interventions régulières, quotidiennes, consistant en une aide à la toilette et à l'habillage, ce qui peut représenter une prise en charge trop onéreuse pour de nombreuses familles. La frontière posée entre les GIR 3 et 4, qui détermine sans transition l'acceptation ou le refus de la prise en charge au titre de la PSD, présente donc un caractère largement artificiel.

De surcroît, au sein de chacun des deux groupes – les GIR 1 à 3 réglementairement pris en charge par les départements et les GIR 4 à 6 pris facultativement en charge par les caisses de retraites – les dispositions concrètement mises en œuvre sont extrêmement disparates.

Elles sont disparates au sein des départements dont l'« effort » financier ainsi que les prestations qu'ils financent, sont très divers. Alors que certains paient nettement moins que ce qu'ils versaient en 1996 au titre de l'Allocation Compensatrice pour Tiers Personne (ACTP), d'autres s'impliquent de manière plus significative. Qui plus est, ces disparités n'ont pas de fondement objectif. Il n'y a ainsi aucune corrélation claire entre, d'une part, les financements apportés par les différents départements et les ressources respectives de ceux-ci ou, d'autre part, ces financements et la proportion des personnes âgées ou des personnes âgées

---

<sup>1</sup> Sur la grille AGGIR, voir l'annexe 3.

dépendantes vivant dans le département. Il n'existe donc pas d'égalité des citoyens par rapport à la PSD sur l'ensemble du territoire.

Mais il existe aussi de fortes disparités entre les caisses de retraite qui financent les prestations dont bénéficient les personnes âgées dépendantes relevant des GIR 4, 5 et 6. Ces prestations sont financées sur les « Fonds d'Action Sanitaire et Sociale » de ces Caisses. Alors que le régime général se montre – relativement – généreux, les prestations sont moindres dans d'autres régimes et il est des caisses qui ne versent pratiquement aucune prestation d'aide ménagère. Là encore, il n'y a pas d'égalité entre les citoyens.

Lorsque l'on ajoute qu'entre les deux systèmes (Départements et Caisses), la coordination est souvent insuffisante ou lacunaire, on voit que l'ensemble du dispositif se caractérise par des incohérences et des inégalités arbitraires.

Les critiques du dispositif actuel tiennent enfin au fait que celui-ci a été posé dans la loi de 1997 comme étant « provisoire ». Qu'une « loi » soit « provisoire » peut apparaître antinomique. Mais au-delà de considérations juridiques, le dispositif actuel apparaît instable, inachevé et donc fragile.

Cette situation explique la très grande « demande de réforme » qui émane de l'ensemble des partenaires et dont le « Livre noir de la PSD » et le « Livre blanc pour une prestation autonomie » se sont fait l'écho.

Au-delà des vraies questions posées par ces documents, il est clair qu'existe au sein de la population un sentiment croissant selon lequel la dépendance est un phénomène massif, qui va se développer, et qui mérite une prise en charge globale et rationnelle.

Pour rendre cohérent et équitable le dispositif de prise en charge des personnes âgées dépendantes, pour assurer une réelle égalité entre les personnes, nous proposons de fonder un nouveau droit.

La prise en charge des situations de dépendance doit en effet être un droit pour chaque personne concernée, droit qui doit être mis en œuvre dans les mêmes conditions sur l'ensemble du territoire.

Nous proposons que ce droit se concrétise par la mise en place d'une nouvelle prestation, l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA).

Le choix des termes n'est, bien sûr, pas neutre. Alors que le concept de dépendance renvoie aux déterminations qui entravent la capacité à vivre de manière autonome, celui d'autonomie renvoie au contraire aux espaces de liberté qu'il faut constamment préserver, conquérir, élargir. Le terme « personnalisée » renvoie au fait que si le droit à la prestation doit être pour tous le même, sa mise en œuvre doit être clairement adaptée à chaque personne, au travers de plans d'aide individualisés. Ajoutons que si nous entendons fonder un droit à caractère général, cela n'implique nullement que sa mise en œuvre concrète doive se faire sur le mode de l'uniformité. La recherche en matière gérontologique fait et fera de grands progrès. Un large espace existe pour les initiatives novatrices en matière de plan gérontologique, de réseaux d'aide, de processus de prise en charge globale.

Cette réforme vise à surmonter la césure actuelle entre les deux systèmes existants, la PSD financée par les départements et l'aide ménagère à domicile financée par les caisses de retraite, qui se partagent les publics selon le degré de dépendance. Pour cela, une démarche est proposée pour mettre en œuvre la nouvelle APA qui consiste, d'une part, à harmoniser les

règles d'attribution et de gestion de ces deux systèmes (afin notamment de ne pas pénaliser les personnes qui passent d'un système à l'autre en raison d'une aggravation de leur degré de dépendance) et, d'autre part, à mettre fin, au sein de chacun de ces systèmes, aux disparités que l'on constate aujourd'hui.

Le processus proposé comporte ainsi deux réformes principales susceptibles d'être mises en œuvre simultanément, à savoir :

- la création d'un droit nouveau concrétisé par une prestation nouvelle, l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) remplaçant l'actuelle PSD et gérée par les départements pour les personnes les plus dépendantes (GIR 1, 2 et 3) ;

- la transformation de la prestation d'aide ménagère à domicile en une prestation légale, sous les mêmes conditions et la même appellation, pour le GIR 4.

L'APA recouvre les deux anciens dispositifs en un système cohérent même si – on le verra – il pourra se traduire par plusieurs modes de gestion.

L'APA est une prestation nouvelle en direction des personnes âgées dépendantes (GIR 1 à 4), de droit, répondant aux besoins des personnes âgées et dont les conditions d'accès ainsi que les tarifs sont fixés par la loi. Elle ne se limite pas à financer de l'aide ménagère à domicile mais elle finance des plans d'aide personnalisés prenant en compte l'ensemble des dispositions favorisant l'autonomie de la personne. Il est en effet totalement injustifié d'assimiler, comme on le fait trop souvent, une prestation « dépendance » ou « autonomie » au financement d'un volume d'heures d'aide ménagère. C'est l'ensemble d'un « plan d'aide » qui doit être financé. Outre les heures d'aide ménagère, celui-ci peut comprendre des adaptations du domicile ou l'installation d'équipements appropriés mais aussi des prestations visant à enrayer l'« enfermement » dans la situation de dépendance : soutien psychologique, groupes d'écoute et de parole, socialisation, transports, loisirs, détente, etc.

L'APA repose sur quatre principes :

- la définition de tarifs de référence nationaux, légaux et obligatoires pour les montants des plans d'aide subventionnés auxquels la personne a droit ;

- la détermination de ces montants en fonction du seul degré de dépendance (groupes iso-ressources) ;

- une participation de la personne déterminée au niveau national suivant un barème prenant en compte ses ressources ;

- et, enfin, une nécessaire solidarité nationale s'exprimant par une contribution de l'Etat, par une implication plus forte des autres financeurs (l'une et l'autre étant d'autant plus justifiées que le nombre des bénéficiaires croîtra sensiblement) et par des dispositifs de péréquation.

Nous avons examiné plusieurs hypothèses quant à la gestion du nouveau dispositif.

- Une première hypothèse consisterait à faire gérer l'ensemble du dispositif pour les GIR 1 à 4 (ou 1 à 6) par le département. Celle-ci supposerait, dans les deux hypothèses, soit un accroissement considérable de la charge financière des

départements, soit un transfert financier des caisses de retraite vers les départements qui serait récusé par ces dernières et poserait des problèmes de légalité, voire de constitutionnalité. Elle reviendrait à nier ou à méconnaître le travail considérable effectué par les organismes de sécurité sociale dans ce domaine. Elle n'est pas acceptable.

- Une seconde hypothèse a été exposée par le « Livre blanc » et reprise par plusieurs des organisations que nous avons auditionnées. Elle consiste en la prise en charge de l'ensemble du dispositif par la sécurité sociale. Sa mise en œuvre aurait pour effet de dessaisir complètement les départements de leurs prérogatives en la matière. Elle supposerait le « *reversement* » par les départements à la sécurité sociale des sommes qu'ils versent actuellement au titre de la PSD, voire de sommes plus élevées si l'on prend en compte les « économies » réalisées par un certain nombre de départements par rapport au dispositif antérieur à la loi de 1997. Elle remettrait en cause les équipes de professionnels et les réseaux mis en œuvre qui assument dans l'ensemble des départements des « politiques de proximité » en matière de dépendance, ou d'autonomie, même si leurs effets sont aujourd'hui limités ou contraints pour les raisons précédemment évoquées.

Les dialogues très approfondis que nous avons eus avec un grand nombre d'organismes et d'associations, et dont le compte-rendu figure en annexe du présent rapport, nous ont convaincus que :

1 – la demande quasi générale était celle de la reconnaissance légale et de la mise en œuvre effective d'un droit à caractère général, versé dans les mêmes conditions pour tous, à une prestation autonomie ;

2 – que, dès lors que ce droit était instauré, la grande majorité de nos interlocuteurs, y compris ceux qui ont marqué leur attachement à la gestion de l'ensemble du dispositif par la sécurité sociale, étaient très ouverts à la mise en œuvre progressive d'un dispositif qui, partant de l'existant, permettait de mettre en œuvre les convergences, les harmonisations et les remises à niveau nécessaires à condition qu'il ne s'agisse pas d'aller vers un « plus petit dénominateur commun » mais, au contraire, de « tirer vers le haut », qualitativement et quantitativement l'ensemble du dispositif ;

3 – que beaucoup de nos interlocuteurs étaient ouverts à l'idée que si un droit était reconnu, les modalités de sa mise en œuvre étaient secondes par rapport à ce dernier et qu'une certaine diversité pouvait être conçue – voire souhaitée – à cet égard.

Ces diverses considérations nous ont conduit à retenir une troisième hypothèse assortie de perspectives d'évolution. Cette hypothèse consiste à proposer :

- que l'APA soit versée, des GIR 1 à 4, selon une même « grille » nationale, cohérente, instaurant une « progressivité » effective entre les GIR, sans rupture de continuité (ce qui facilitera le « passage » d'un GIR à un autre) ;
- que l'APA soit gérée et servie par les départements, dans le cadre prévu par la loi et selon un barème national (fixant des minima) actualisé annuellement, pour les GIR 1 à 3 ;
- que l'APA soit versée sous forme d'une prestation légale de l'Etat par les régimes vieillesse de la sécurité sociale pour le GIR 4 ;
- qu'une convention assurant la mise en cohérence globale du système et prévoyant diverses modalités de partenariat soit signée dans chaque département entre le Conseil général et les Caisse de Retraite (voir ci-dessous, la troisième partie).

Dans le pré-rapport, remis le 27 février 2000, nous avions envisagé diverses étapes possibles pour la mise en œuvre de cette dernière hypothèse, tout en affirmant notre

préférence pour la mise en œuvre simultanée par une nouvelle loi de l'ensemble du dispositif, des délais pouvant toutefois être prévus pour la préparation de la convention dont il vient d'être question.

M. Lionel JOSPIN, Premier ministre, a affirmé le 21 mars dernier que la PSD devrait être « radicalement transformée » et que cette transformation devrait se traduire par l'ouverture « à l'ensemble des personnes âgées dépendantes » d'un « droit objectif à une prestation dont le montant sera fonction des revenus et du niveau de dépendance de la personne ».

C'est dans cette perspective que nous proposons la mise en œuvre rapide par la loi de l'ensemble du dispositif qui vient d'être esquissé. La seconde partie de ce rapport présente ce dispositif de manière détaillée.

## **DEUXIEME PARTIE**

### **PROPOSITIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'AIDE PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE**

## **I - La définition légale de plans d'aide subventionnés et la mise en place d'un ticket modérateur à la charge des bénéficiaires**

### 1) La définition légale de plans d'aide subventionnés déterminés par degré de dépendance (GIR)

Afin de mettre en place une prestation plus juste et plus cohérente, il apparaît nécessaire d'ouvrir droit à des volumes d'aide uniformes sur tout le territoire, calculés en fonction du groupe iso-ressources d'appartenance : à chaque GIR correspond un montant subventionnable garanti : le plan d'aide subventionné est exprimé en valeur monétaire.

Les montants suivants sont proposés. Ils ont été établis en fonction du nombre de points « GIR ».

- 7000 F pour une personne du GIR 1
- 6000 F pour une personne du GIR 2
- 4500 F pour une personne du GIR 3
- 3000 F pour une personne du GIR 4

Le montant garanti du plan d'aide pour chacun des groupes iso-ressources correspond à un « droit de tirage » que la personne âgée peut utiliser totalement ou partiellement, à son gré, moyennant l'acquittement de son ticket modérateur (cf. infra).

L'équipe médico-sociale, dans la limite du droit légalement ouvert, aide la personne âgée à faire le diagnostic de ses besoins et à bâtir son plan d'aide concret. Ce plan comportera le plus souvent à la fois des heures d'aide à domicile et d'autres dépenses de natures diverses.

La personne âgée aura la liberté de choix du mode d'intervention de son aide à domicile : prestataire, mandataire ou gré à gré. La majorité des fédérations d'aide à domicile auditionnées souhaite que seul le recours au prestataire soit autorisé dans le cadre de la nouvelle prestation. Il est vrai que le recours au service prestataire d'une association présente des avantages indiscutables, notamment une garantie de professionnalisme liée à l'encadrement et au souci de formation des personnels. En outre, le statut d'employeur comporte des obligations qui peuvent se révéler lourdes (hypothèses de licenciement, d'interruption de contrat en cas d'hospitalisation, d'obligations pesant sur les héritiers en cas de décès de la personne employeur) et inadaptées pour un public dépendant ou isolé. Pour autant, il ne nous apparaît pas adapté de contraindre les bénéficiaires de l'APA à recourir systématiquement au prestataire. En effet, il est essentiel de respecter le libre choix de la personne âgée et de sa famille dès lors qu'un choix véritable peut être effectué, c'est-à-dire en connaissance de cause. Un choix réel implique donc une information précise de la part des équipes médico-sociales sur les conséquences du recours à telle ou telle modalité d'aide. Par ailleurs, le recours systématique au prestataire remettrait notamment en cause la possibilité pour le bénéficiaire de l'APA d'employer un membre de sa famille, réalité qui concernerait selon l'UNIOPSS un tiers environ des situations<sup>2</sup>.

Nous proposons, en revanche, afin que le choix de la personne âgée aidée ne soit pas excessivement influencé par des considérations économiques au détriment de la qualité, que le montant de sa participation financière ne soit pas déterminé par le coût de revient réel de la personne qui l'assiste, mais calculé selon un tarif moyen national proche du tarif d'un prestataire (75 F l'heure, par exemple). Ainsi, si la personne âgée décide de salarier

<sup>2</sup> Source : audition des représentants de l'UNIOPSS le 2 février 2000.

directement quelqu'un de son choix (y compris de sa famille), cela n'aura pas le caractère d'une solution « au rabais » mais d'une libre option qu'il faut alors respecter.

L'utilisation de l'APA doit bien entendu couvrir un champ plus large que la seule aide à domicile. La PSD a ouvert la possibilité d'utiliser une partie très limitée de la prestation accordée (10 % du montant maximum) à des aides autres que de personnel, notamment des aides techniques. Ce montant apparaît insuffisant au regard de la diversité des besoins des personnes âgées et de leur famille. Il est indispensable d'intégrer dans cette approche l'aide aux aidants familiaux, en permettant notamment le financement par l'APA de l'accueil de jour ou de l'accueil temporaire de la personne âgée (y compris les frais de transport afférents) mais aussi des aides techniques conséquentes appliquées à l'adaptation du logement. Par conséquent, il est proposé d'ouvrir plus largement la part d'APA pouvant servir à des aides autres que de personnel en la portant ponctuellement, en valeur annuelle, à 50 % du montant du plan d'aide subventionné pour le GIR d'appartenance.

Il est proposé également, dans une logique visant à favoriser une grande souplesse d'utilisation, d'ouvrir la possibilité d'une annualisation partielle du versement de l'APA afin de permettre aux personnes concernées de couvrir des frais importants constatés par l'équipe médico-sociale et inscrits dans le plan d'aide.

Dans un souci de qualité des interventions, une formation des intervenants doit être mise en place au titre de la nouvelle prestation, comme le prévoit la loi du 24 janvier 1997, restée à ce jour sans effet sur ce sujet, faute de disposition réglementaire. Cette formation des intervenants revêt toute son importance dans l'hypothèse de personnes recrutées en gré à gré. Deux pistes sont préconisées à ce sujet :

1 - le financement de ces formations par les Régions dans le cadre du droit commun de la formation professionnelle ;

2 - l'instauration d'une cotisation forfaitaire sur l'APA (1% de formation professionnelle) destinée à alimenter un fonds réservé à la formation continue des intervenants.

## 2) La mise en place d'un ticket modérateur

Il est proposé de substituer à la condition de ressources de la PSD actuelle, trop limitative, complexe et vivement critiquée, un ticket modérateur à la charge des bénéficiaires. Le taux de ce ticket modérateur variera en fonction des ressources de l'intéressé selon un modèle s'inspirant (en le simplifiant) du calcul des ressources pour le versement de l'actuelle aide ménagère à domicile servie notamment par la CNAVTS. Ses caractéristiques sont les suivantes :

- il s'applique aux plans d'aide subventionnés ;
- il est fonction croissante du revenu et résulte d'un barème cohérent au regard, notamment, des réductions fiscales ;
- il n'est pas dégressif en fonction du volume d'heures octroyées pour chacun des groupes iso-ressources (à la différence de l'actuel barème de la CNAVTS), afin d'en rester à un système simple et compréhensible pour les usagers ;
- il est acquitté sur la part du plan d'aide consommé, chaque bénéficiaire conservant la liberté de n'utiliser que partiellement son plan d'aide.

## 3) Propositions pour des barèmes

Une fois déterminé le montant du plan d'aide comme il est indiqué ci-dessus, nous proposons que le calcul du ticket modérateur satisfasse aux caractéristiques suivantes :

- son pourcentage nominal doit être fonction croissante du revenu de la personne ;
- il doit être tel que, après bénéfice des déductions fiscales attachées à la dépendance et à l'emploi d'un salarié à domicile, la participation de la personne (en pourcentage) soit fonction croissante de son revenu ;
- il doit être tel que ce qui reste à la personne après paiement de son ticket modérateur soit fonction croissante de son revenu et, en tout état de cause, lui permette de vivre dans de bonnes conditions ;
- il doit convenablement solvabiliser les personnes de revenu moyen ;
- il ne doit pas comporter d'effet de seuil ;
- il doit être facile à calculer ;

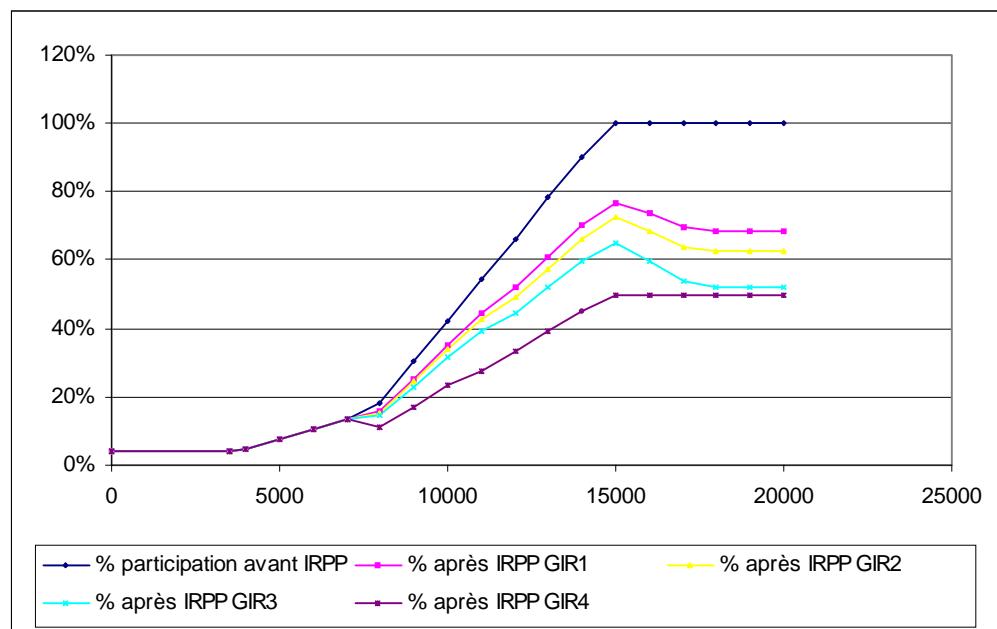
Enfin, nous proposons que, aussi faible que soit le revenu de la personne, l'aide ne prenne pas en charge la totalité de la dépense, mais que la personne paye toujours un pourcentage, si modeste soit-il, de son plan d'aide : il y va de sa dignité, notamment dans ses rapports avec les personnes qui travaillent pour elle, et dont elle doit rester le client et non pas l'obligée.

Nous proposons la traduction concrète suivante de ces principes :

- jusqu'à 3.800 F de revenu brut fiscal (légèrement au-dessus du minimum vieillesse), le ticket modérateur serait de 4% de la dépense ;
- entre 3.800 F et 7.800 F (valeur proche de la moyenne des revenus de la classe d'âge en cause), le pourcentage croîtrait linéairement<sup>3</sup> de 4% à 16 %, valeur atteinte pour un revenu de 7.800 F ;
- entre 7.800 F et 14.800 F (plafond de la sécurité sociale), le pourcentage croîtrait linéairement<sup>4</sup> de 16% à 100 % : l'aide s'annulerait ainsi à partir d'un revenu de 14.800 F.

Graphique 1 : pourcentage de participation de la personne avant déduction d'impôt sur le revenu et après, selon le revenu et le GIR

Le graphique 1 ci-dessus figure le taux de participation de la personne en fonction de



<sup>3</sup> Selon la formule :  $P = 4 \% + 3 \% \times R$  ; où  $P$  est le chiffre du pourcentage et  $R$  le revenu mensuel (en milliers de francs) : le taux augmente de 3 % par millier de francs.

<sup>4</sup> Selon la formule :  $P = 16 \% + 12 \% \times R$  où  $P$  est le chiffre du pourcentage et  $R$  le revenu mensuel (en milliers de francs) : le taux augmente de 12 % par millier de francs.

son revenu brut fiscal. Il figure aussi l'effet des déductions fiscales, dont la principale est la réduction d'impôt sur le revenu pour l'emploi d'un salarié à domicile, fixée à 50% du coût du salarié dans la limite de 22.500 F de réduction (pour 45.000 F de dépense)<sup>5</sup>. On voit que :

- l'aide fiscale ne commence à intervenir qu'à partir d'un revenu d'environ 7.000 F pour une personne isolée (au dessous, la personne ne paie pas d'impôt sur le revenu et ne peut donc rien en déduire) ;

- elle augmente avec le revenu jusqu'à 17.000 F environ, revenu à partir duquel, payant plus de 22.500 F d'impôt avant déduction, on bénéficie du plafond de déduction ;

- limitée en valeur absolue par l'impôt calculé, cette déduction représente un pourcentage plus faible des plans d'aide importants que des plans d'aide moins élevés : ainsi, le moins dépendant (GIR 4) est, en termes relatifs, plus avantage que le plus dépendant (GIR 1) ;

- enfin, on peut constater que le barème proposé aboutit, après fiscalité, à une progressivité acceptable du taux d'aide.

Les tableaux ci-dessous indiquent, avant et après aides fiscales, la participation de la personne, le montant de l'aide et le revenu restant à sa disposition selon ses ressources et son GIR (en faisant l'hypothèse que les personnes en GIR 1, 2 ou 3 mobiliseraient en moyenne 85 % de leur droit, tandis que les personnes en GIR 4 en mobiliseraient 75%).

On trouvera en annexe 4 la simulation d'autres hypothèses. Un modèle de simulation a été établi, qui permet de mettre en évidence les conséquences des différentes hypothèses possibles.

---

<sup>5</sup> Pour le calcul indicatif présenté ici, on a considéré que l'ensemble du plan d'aide était consacré à de l'emploi.

## Effet du barème pour les personnes

### Bilan personnel AVANT déductions fiscales

#### PARTICIPATION PERSONNELLE

GIR	1	2	3	4	total
Nombre par GIR	50000	140000	220000	500000	910000
Nombre aidés	25000	70000	110000	250000	455000
Montant maxi du plan d'aide	7000	6000	4500	3000	
Equivalent heures	93,3	80,0	60,0	40,0	
% mobilisation du plan *	0,85	0,85	0,85	0,75	
Plan d'aide moyen réalisé	5950	5100	3825	2250	
Equivalent heures	79	68	51	30	
0	238	204	153	90	0
3500	238	204	153	90	4%
4000	274	235	176	104	5%
5000	452	388	291	171	8%
6000	631	541	405	239	11%
7000	809	694	520	306	14%
8000	1095	938	704	414	18%
9000	1809	1550	1163	684	30%
10000	2523	2162	1622	954	42%
11000	3237	2774	2081	1224	54%
12000	3951	3386	2540	1494	66%
13000	4665	3998	2999	1764	78%
14000	5379	4610	3458	2034	90%
15000	5950	5100	3825	2250	100%
16000	5950	5100	3825	2250	100%
17000	5950	5100	3825	2250	100%
18000	5950	5100	3825	2250	100%
19000	5950	5100	3825	2250	100%
20000	5950	5100	3825	2250	100%

#### MONTANT D'AIDE

GIR	1	2	3	4	total
Nombre par GIR	50000	140000	220000	500000	910000
Nombre aidés	25000	70000	110000	250000	455000
Montant maxi du plan d'aide	7000	6000	4500	3000	
Equivalent heures	93,3	80	60	40	
% mobilisation du plan *	0,85	0,85	0,85	0,75	
Plan d'aide moyen réalisé	5950	5100	3825	2250	
Equivalent heures	79,3	68	51	30	
ressources					
3500	5712	4896	3672	2160	96%
4000	5676	4865	3649	2147	95%
5000	5498	4712	3534	2079	92%
6000	5319	4559	3420	2012	89%
7000	5141	4406	3305	1944	86%
8000	4855	4162	3121	1836	82%
9000	4141	3550	2662	1566	70%
10000	3427	2938	2203	1296	58%
11000	2713	2326	1744	1026	46%
12000	1999	1714	1285	756	34%
13000	1285	1102	826	486	22%
14000	571	490	367	216	10%
15000	0	0	0	0	0%
16000	0	0	0	0	0%
17000	0	0	0	0	0%
18000	0	0	0	0	0%
19000	0	0	0	0	0%
20000	0	0	0	0	0%

#### REVENU RESTANT

GIR	1	2	3	4	total
Nombre par GIR	50000	140000	220000	500000	910000
Nombre aidés	25000	70000	110000	250000	455000
Montant maxi du plan d'aide	7000	6000	4500	3000	
Equivalent heures	93,3	80	60	40	
% mobilisation du plan *	0,85	0,85	0,85	0,75	
Plan d'aide moyen réalisé	5950	5100	3825	2250	
Equivalent heures	79	68	51	30	
ressources					
3500	3262	3296	3347	3410	93%
4000	3726	3765	3824	3897	93%
5000	4548	4612	4709	4829	91%
6000	5369	5459	5595	5762	89%
7000	6191	6306	6480	6694	88%
8000	6905	7062	7296	7586	86%
9000	7191	7450	7837	8316	80%
10000	7477	7838	8378	9046	75%
11000	7763	8226	8919	9776	71%
12000	8049	8614	9460	10506	67%
13000	8335	9002	10001	11236	64%
14000	8621	9390	10542	11966	62%
15000	9050	9900	11175	12750	60%
16000	10050	10900	12175	13750	63%
17000	11050	11900	13175	14750	65%
18000	12050	12900	14175	15750	67%
19000	13050	13900	15175	16750	69%
20000	14050	14900	16175	17750	70%

## Effet du barème pour les personnes

### Bilan personnel APRES déductions fiscales

#### PARTICIPATION PERSONNELLE

GIR	1	2	3	4	total
Nombre par GIR	50000	140000	220000	500000	910000
Nombre aidés	25000	70000	110000	250000	455000
Montant maxi du plan d'aide	7000	6000	4500	3000	
Equivalent heures	93,3	80	60	40	
% mobilisation du plan *	0,85	0,85	0,85	0,75	
Plan d'aide moyen réalisé	5950	5100	3825	2250	
Equivalent heures	79	68	51	30	
ressources					
3500	238	204	153	90	4%
4000	274	235	176	104	5%
5000	452	388	291	171	8%
6000	631	541	405	239	11%
7000	809	694	520	306	14%
8000	936	779	545	255	16%
9000	1515	1256	869	390	25%
10000	2104	1744	1203	535	35%
11000	2645	2183	1489	632	44%
12000	3086	2522	1675	747	52%
13000	3627	2961	1961	882	61%
14000	4168	3400	2247	1017	70%
15000	4567	3717	2442	1125	77%
16000	4374	3524	2249	1125	74%
17000	4136	3286	2011	1125	70%
18000	4075	3225	1950	1125	68%
19000	4075	3225	1950	1125	68%
20000	4075	3225	1950	1125	68%

#### MONTANT D'AIDE

GIR	1	2	3	4	total
Nombre par GIR	50000	140000	220000	500000	910000
Nombre aidés	25000	70000	110000	250000	455000
Montant maxi du plan d'aide	7000	6000	4500	3000	
Equivalent heures	93,33333	80	60	40	
% mobilisation du plan *	0,85	0,85	0,85	0,75	
Plan d'aide moyen réalisé	5950	5100	3825	2250	
Equivalent heures	79	68	51	30	
ressources					
3500	5712	4896	3672	2160	96%
4000	5676	4865	3649	2147	95%
5000	5498	4712	3534	2079	92%
6000	5319	4559	3420	2012	89%
7000	5141	4406	3305	1944	86%
8000	5014	4321	3280	1995	84%
9000	4435	3844	2956	1860	75%
10000	3846	3356	2622	1715	65%
11000	3305	2917	2336	1618	56%
12000	2864	2578	2150	1503	48%
13000	2323	2139	1864	1368	39%
14000	1782	1700	1578	1233	30%
15000	1383	1383	1383	1125	23%
16000	1576	1576	1576	1125	26%
17000	1814	1814	1814	1125	30%
18000	1875	1875	1875	1125	32%
19000	1875	1875	1875	1125	32%
20000	1875	1875	1875	1125	32%

#### REVENU RESTANT

GIR	1	2	3	4	total
Nombre par GIR	50000	140000	220000	500000	910000
Nombre aidés	25000	70000	110000	250000	455000
Montant maxi du plan d'aide	7000	6000	4500	3000	
Equivalent heures	93,3	80	60	40	
% mobilisation du plan *	0,85	0,85	0,85	0,75	
Plan d'aide moyen réalisé	5950	5100	3825	2250	
Equivalent heures	79,3333	68	51	30	
ressources					
3500	3262	3296	3347	3410	93%
4000	3726	3765	3824	3897	93%
5000	4548	4612	4709	4829	91%
6000	5369	5459	5595	5762	89%
7000	6191	6306	6480	6694	88%
8000	7064	7221	7455	7745	88%
9000	7485	7744	8131	8610	83%
10000	7896	8256	8797	9465	79%
11000	8355	8817	9511	10368	76%
12000	8914	9478	10325	11253	74%
13000	9373	10039	11039	12118	72%
14000	9832	10600	11753	12983	70%
15000	10433	11283	12558	13875	70%
16000	11626	12476	13751	14875	73%
17000	12864	13714	14989	15875	76%
18000	13925	14775	16050	16875	77%
19000	14925	15775	17050	17875	79%
20000	15925	16775	18050	18875	80%

#### 4) Principe de garantie des droits acquis

Dans tous les cas, il apparaît indispensable de prévoir une clause de garantie des droits acquis afin de se prémunir contre toute réduction, même marginale, du montant de l'aide consentie au titre de l'APA, voire contre les ruptures de prises en charge telles que les ont subies de nombreux bénéficiaires de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) lors de la mise en place de la PSD. Un dispositif analogue à celui mis en œuvre lors de l'entrée en vigueur de l'ACTP pourrait être envisagé. En effet, l'article 59 de la loi du 30 juin 1975 a prévu que les personnes qui bénéficiaient, à la date d'entrée en vigueur de la loi nouvelle, de prestations auxquelles l'ACTP est venue se substituer, ne pouvaient voir leurs avantages réduits du fait de l'intervention de la nouvelle loi. Ces personnes ont pu bénéficier d'une allocation différentielle versée au titre de l'aide sociale et périodiquement réévaluée. Cette allocation a également été versée aux personnes ne remplissant pas les conditions exigées pour obtenir la nouvelle ACTP tout en continuant de satisfaire à celles exigées pour l'octroi des avantages supprimés (décret n° 78-1210 du 26 décembre 1978).

## **II- La récupération sur les successions et les donations**

### 1) Le recours sur la succession

L'article 146 du code de la famille et de l'aide sociale précise, notamment, que des recours sont exercés par le département, en récupération des sommes versées au titre de l'aide sociale, contre la succession du bénéficiaire sur la part de l'actif net successoral qui excède un seuil porté par le décret n° 97-426 du 28 avril 1997 de 250 000 F à 300 000 F.

Si le recours sur succession constitue un mécanisme permettant de faire jouer post mortem la solidarité familiale, il induit un effet psychologique qui ne peut être ignoré et qui est dénoncé par la grande majorité des organismes et associations auditionnés. Compte tenu du nouveau système proposé et, notamment, de la mise en place d'un ticket modérateur à la charge des bénéficiaires de l'APA, il apparaît que la question du maintien ou non du recours sur la succession du bénéficiaire est étroitement liée à la définition des ressources prises en compte dans le cadre du barème de participation.

Le recours sur succession, quel que soit le montant du seuil à partir duquel il s'exerce, suscite des blocages psychologiques réels, expliquant notamment une grande part des abandons en cours de procédure, voire le non retrait d'un dossier de demande, dont le nombre est impossible à chiffrer. Le président du conseil général du Rhône a indiqué, lors de son audition, que l'Assemblée départementale avait pris l'initiative de porter le seuil de récupération de 300 000 F à 500 000 F sans qu'il ait été constaté une augmentation significative du nombre de bénéficiaires de la PSD.

Par ailleurs, l'exercice de ce recours représente un apport financier très limité pour le département alors que le ticket modérateur acquitté par le bénéficiaire de l'APA présente l'avantage d'apporter un rendement immédiat et non négligeable.

Au vu de ces éléments, deux hypothèses sont possibles.

La première consiste à supprimer tout recours sur succession dès lors que l'appréciation des ressources, au regard du barème de participation des intéressés, intégrera une évaluation de leur patrimoine. En effet, dans cette hypothèse, la prise en compte de l'ensemble des ressources de la personne et, le cas échéant, de son conjoint ou de son concubin, ainsi que de la valeur en capital de ses biens non productifs de revenus apparaît pleinement justifiée pour des raisons d'équité.

Dans cette hypothèse, l'appréciation des ressources résulte de la prise en compte du revenu brut fiscal (revenu fiscal de référence = revenu imposable) et de la valorisation des

biens dormants (biens non productifs de revenus), laquelle serait réalisée en reprenant la méthode actuelle utilisée dans le cadre de la PSD (article 6 de la loi du 24 janvier 1997 et article 6 du décret du 28 avril 1997) qui n'apparaît pas poser de difficultés particulières aux services instructeurs<sup>6</sup>.

Une seconde hypothèse consiste à maintenir le recours sur succession. Il conviendrait alors d'en atténuer le caractère dissuasif par un relèvement substantiel du seuil d'actif net au-delà duquel la récupération s'exerce (le Conseil des Impôts a établi que le patrimoine moyen des ménages français s'élève à 1 million de F<sup>7</sup>). Deux sous-hypothèses peuvent être envisagées :

- Un seuil de recours porté à 1 million de F. pour les successions, cumulable avec le seuil fixé à 300 000 F pour les donations.
- Un seuil de recours porté à 800 000 F se cumulant avec le seuil fixé à 300 000 F pour les donations.

Dans ce cas, le ticket modérateur devrait être fonction du seul revenu brut fiscal (revenu imposable), ce qui présenterait l'avantage de simplifier la constitution des dossiers de demande et d'éviter un double comptage du patrimoine, déjà pris en compte dans le cadre des recours sur succession/donation.

Nous proposons, pour notre part, de retenir la première de ces deux hypothèses. Elle nous paraît, en effet, présenter par rapport à la seconde, un triple avantage : la levée de l'hypothèque psychologique, la prise en compte effective du patrimoine dans le calcul des revenus et la fin du « double comptage » actuel (au titre des conditions de ressource et au titre du recours sur succession).

Ajoutons que l'essentiel, dans ce débat, est de parvenir à une solution équitable.

S'en tenir aux « revenus » (ou, en fait, à une partie des revenus) sans considérer aucunement le patrimoine serait assurément source d'inéquité. Dès lors que l'on récuse cette voie, faire contribuer le patrimoine post mortem par le recours sur succession ou du vivant de la personne en affectant au calcul de ses revenus une part du patrimoine, cela devrait théoriquement revenir au même. Mais, pratiquement, la seconde solution est plus « rentable », et par conséquent (en l'occurrence) plus juste car elle permet d'affecter une part plus forte de « l'effet patrimoine » au financement de la prestation. Elle est, en outre, mieux acceptée et évite toutes les formes de « rétention » qui dissuadaient certains bénéficiaires potentiels de la PSD de la solliciter.

## 2) Le recours sur donation

Un tel recours est juste : il n'est pas, en effet, acceptable que, dans les conditions économiques actuelles, des personnes puissent organiser leur insolvabilité suite à des donations et recourir ensuite à l'aide de la collectivité publique. En revanche, ce sont les modalités mêmes de ce recours qui posent actuellement problème et appellent des évolutions.

En premier lieu, la récupération au premier franc sur les donations de moins de dix ans est ressentie comme très préjudiciable par les donataires et crée une distorsion avec les modalités de recours sur la succession. En outre, ces dispositions sont en contradiction avec les évolutions récentes de la législation visant à encourager leur pratique. En second lieu, cette mesure n'atteint pas forcément son objectif : mettre à contribution le patrimoine des personnes lorsqu'il se révèle important. En effet, un nombre non négligeable de ces personnes ont généralement fait jouer suffisamment tôt en leur faveur les règles incitatives en matière de

<sup>6</sup> Voir l'annexe 6 : note relative à l'appréciation du patrimoine des demandeurs de PSD.

<sup>7</sup> Source : Conseil des Impôts « L'imposition du patrimoine » 16<sup>ème</sup> rapport au Président de la République 1998 Journal officiel.

donation et préservent ainsi leur patrimoine de toute contribution à leur prise en charge (donations réalisées il y a plus de dix ans).

Il est en conséquence proposé de modifier radicalement la logique du recours sur donation par deux mesures :

- La suppression de tout recours sur les donations dès lors que la valeur totale des donations réalisées dans les dix ans précédent la demande de prestation ou postérieurement à cette demande n'excède pas 300 000 F, ce qui revient à instaurer un seuil de récupération en deçà duquel le donataire ne sera pas sollicité ;
- Au-delà d'une valeur de 300 000 F de l'ensemble des donations réalisées, les revenus du donateur pris en compte pour le calcul du ticket modérateur sont majorés forfaitairement de 3 % de la valeur de la donation excédant ce seuil (pourcentage habituellement retenu pour apprécier le revenu annuel des capitaux non placés). Cette mesure a pour effet de se retourner uniquement vers le demandeur de l'aide et non plus vers ses donataires et de laisser à l'entourage familial le soin de régler les problèmes patrimoniaux.

Enfin, dans un souci de simplification des procédures pour les usagers, il est nécessaire de réduire au strict minimum la liste des pièces justificatives à joindre au dossier de demande d'APA, de même qu'il convient de compléter la liste actuelle, à caractère limitatif, des revenus non pris en compte au titre de la PSD par la mention explicite de l'allocation de logement. En tout état de cause, il y faut une liste limitative en bonne et due forme pour mettre fin aux pratiques dilatoires qui subordonnent la prise en compte du dossier (la déclaration du caractère complet de celui-ci) à la fourniture de pièces justificatives supplémentaires non prévues par la loi.

### **III – La gestion de l'APA**

L'APA, telle que nous l'avons définie ci-dessus, aurait des règles d'attribution, de calcul et d'utilisation homogènes du GIR 1 au GIR 4.

#### 1) pour les GIR 1,2 et 3 :

Le département, actuel gestionnaire de la PSD, serait naturellement appelé à gérer l'APA pour les personnes des GIR 1, 2 et 3.

#### 2) pour les GIR 4, 5 et 6 :

En ce qui concerne le GIR 4, l'aide ménagère facultative des régimes vieillesse serait transformée en une prestation légale étendue, dénommée également APA. En effet, il existe de fortes disparités entre les caisses de retraite qui financent la prestation d'aide ménagère à domicile dont bénéficient les personnes âgées relevant des GIR 4, 5 et 6. Ces disparités sont constatées d'une part, au regard des volumes de prise en charge accordés liés à l'importance des "Fonds d'Action Sanitaire et Sociale" de ces caisses, et, d'autre part, au regard des tarifs pratiqués. Elles sont la conséquence du caractère facultatif de l'aide.

Afin de donner plus de cohérence à la prise en charge de la dépendance à domicile, les modalités d'attribution de l'aide personnalisée à l'autonomie seraient identiques du GIR 1 au GIR 4 : ticket modérateur non dégressif en fonction du volume de l'aide, barème simplifié de ressources incluant la prise en charge du patrimoine et des donations, tarifs de référence, volumes de prise en charge ...

Il va de soi qu'une solution unique sur l'ensemble du champ sera particulièrement bienvenue pour la prise en compte du patrimoine, sauf à créer des effets de frontière pervers entre le GIR 3 et le GIR 4.

Pour ce qui est de la question de la gestion de l'APA accordée aux personnes classées en GIR 4, nous proposons qu'elle prenne la forme d'une prestation sociale de l'Etat dont la gestion serait confiée aux régimes vieillesse les plus importants. La CNAVTS, la MSA et les régimes de retraite comptant un nombre significatif d'affiliés (au moins 1 million de personnes) pourraient être appelés à gérer une prestation nouvelle, dont les crédits seraient inscrits au budget de l'Etat pour l'ensemble des personnes âgées, affiliées ou non aux régimes gestionnaires.

Une alternative consisterait à confier la gestion de cette population aux départements et, par conséquent, d'étendre l'APA départementale au GIR 4. Cette hypothèse présenterait l'inconvénient de négliger l'importance des équipes et des réseaux en place et de leur savoir-faire. De surcroît, dès lors que les chiffrages actuels montrent que les personnes âgées relevant du GIR 4 sont aussi nombreuses que celles relevant des GIR 1, 2 et 3 réunis, se poserait alors la question de la capacité des départements à gérer du jour au lendemain un dispositif qui prendrait une ampleur considérable puisque l'objectif de la réforme de la PSD devrait, en outre, aboutir au moins à doubler le nombre actuel de bénéficiaires relevant des GIR 1, 2 et 3.

S'agissant de l'extension de l'APA vers les dépendances les moins lourdes, deux hypothèses sont envisageables :

- Soit la prestation légale couvre le GIR 4 uniquement, les GIR 5 et 6 relevant de l'aide ménagère facultative des caisses ou de l'aide sociale départementale dans les conditions actuelles. Cette proposition préserve, en partie, l'autonomie de gestion de leurs fonds d'action sanitaire et sociale par les caisses. Elle s'inscrit en cohérence avec le dispositif proposé pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées et recueille notre préférence.

- Soit la prestation légale couvre les GIR 4 et 5 (voire 6). Nous ne retenons pas cette hypothèse car autant les caractéristiques du GIR 4 (et les problèmes de « frontière » avec le GIR 3) justifient pleinement une prestation légale, autant la relative ou très relative perte d'autonomie qui caractérise les GIR 5 et 6 nous paraît pouvoir relever de l'aide facultative des caisses, l'apport financier de l'Etat pour le GIR 4 permettant aux caisses de « concentrer » leurs aides facultatives sur les GIR 5 (et 6) et de parvenir à réduire progressivement les disparités existant aujourd'hui à cet égard entre les différentes caisses.

Dans tous les cas, la prestation d'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale disparaît du champ où apparaît l'aide légale. Elle reste en vigueur sur le champ couvert par l'aide facultative des caisses.

#### **IV - La mise en place d'une péréquation et la participation de l'Etat**

L'Aide personnalisée à l'autonomie, plus généreuse que la PSD, aura pour effet de rendre le dispositif plus juste et plus attractif pour les usagers, donc plus coûteux. Nous proposons que le surcroît engendré par les trois réformes précédemment évoquées soit financé de trois façons : le paiement par les intéressés du ticket modérateur, une plus forte contribution des départements, un abondement financier de l'Etat.

Nous proposons que l'effort financier nécessaire par la réforme dans le domaine de compétence des départements (GIR 1 à 3) soit réparti à parts égales entre l'Etat et les

départements, l'Etat comme les départements, réinvestissant par ailleurs les économies réalisées depuis 1996 (0,6 Md de F environ à domicile pour les départements)<sup>8</sup> ou à réaliser avec l'application du nouveau dispositif (0,7 Md de F au titre de la fiscalité<sup>9</sup> pour l'Etat).

Cependant, le nouveau dispositif n'ira dans le sens d'une plus grande cohérence et d'une plus grande égalité des usagers que si l'on rétablit une certaine équité entre les départements par la mise en place d'une péréquation. Nous proposons que cette péréquation s'effectue sur la part de financement qui serait supporté par l'Etat à travers un abondement de la Dotation Globale de Décentralisation (DGD).

### 1) Les coûts de la prestation nouvelle

Les estimations financières aboutissent à chiffrer le coût global pour les finances publiques de l'aide directe à domicile selon le nouveau dispositif à 12,4 milliards de F. environ pour les GIR 1 à 4, soit :

- 7,7 Mds F pour les GIR 1 à 3, à comparer aux 4,4 Mds F de dépenses 1998 des départements sur le même champ;

- 4,7 Mds F pour le GIR 4, à comparer aux 2,2 Mds F de l'aide ménagère à domicile pour ce GIR (1,7 Md F des caisses vieillesse et 500 M F environ de l'aide sociale départementale)<sup>10</sup>.

Si l'on prend en compte les économies réalisées par les départements lors de la substitution de la PSD à l'ACTP à domicile (environ 600 M F entre 1996 et 1998) et les économies que l'Etat enregistrera au titre des déductions fiscales (environ 700 M F pour les GIR 1 à 3 et 100 M F pour le GIR 4), le surcoût net à financer s'élève à:

- 2 Mds F environ pour les GIR 1 à 3 ;  
- 2,4 Mds F environ pour le GIR 4.

### 2) Le principe d'une péréquation envers les départements

Afin de rétablir un certain équilibre entre les départements, il apparaît adapté de mettre en œuvre un mécanisme de péréquation pour la répartition de l'abondement de la DGD pris en charge par l'Etat.

D'emblée, le principe d'une péréquation portant sur l'ensemble des sommes affectées à la prise en charge de la dépendance semble devoir être écartée. En effet, une telle opération

<sup>8</sup> 1,1 MdF (en 1998) – 0,5 MdF en établissement (chiffre surévalué par erreur) = 0,6 MdF.

<sup>9</sup> En effet, l'accroissement de l'aide directe a pour effet de diminuer le reste à charge de la personne, donc l'assiette de la déduction fiscale à laquelle elle peut prétendre.

<sup>10</sup> Ces estimations sont fondées sur les hypothèses suivantes :

- Pour l'estimation du nombre global de personnes âgées dépendantes, on s'est fondé, d'une part, sur les travaux de l'équipe du Dr Colvez de l'INSERM en 1990 et, d'autre part, sur l'enquête « Santé » de l'INSEE de 1990-1991, l'enquête SESI sur les établissements pour personnes âgées (« EHPA 1994 ») et des projections démographiques par âge établies par l'INSEE à partir du recensement de 1990, qui conduisent à estimer à 700 000 le nombre de personnes âgées très dépendantes de 65 ans et plus en 1995 (Lebeaupin A, Nortier F. 1996 « Les personnes âgées dépendantes : situation actuelle et perspectives d'avenir » – INSEE, *Données sociales*);
- Pour la répartition par GIR à domicile, on a également utilisé l'enquête CNAVTS 1996 sur les bénéficiaires d'aide ménagère à domicile.

Dans l'interprétation de ces chiffres, on s'est attaché à retenir des hypothèses hautes. On a supposé que le dispositif connaîtrait un réel succès et qu'il atteindrait effectivement 70 % des personnes susceptibles d'en bénéficier.

Le risque est donc très faible de « mauvaise surprise » ayant pour effet de voir les chiffrages de dépense dépasser ces prévisions à court ou moyen terme.

suppose d'identifier au sein de la DGD, abondée par l'Etat, l'ensemble des sommes concernées. Ce système aboutirait à prélever 9 Mds F non affectés au sein de la DGD (ou 10 Mds F si on procède à une actualisation des montants) et de reverser aux départements 12 Mds F environ affectés à la prise en charge de la dépendance. Cette hypothèse présenterait l'avantage de s'assurer que les sommes identifiées seraient bien utilisées par le département à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, les crédits non dépensés devant être remis au pot commun pour une nouvelle ventilation entre les départements. En revanche, compte tenu du montant actuel de la DGD (environ 8 Mds de F.), cette péréquation aboutirait à contingentier cette dotation, voire à la rendre négative dans certains départements, et à priver les départements de toute marge de manœuvre.

Pour ces raisons, nous proposons d'utiliser le concours financier de l'Etat, sous forme d'un abondement de la DGD, et lui seul, à des fins de péréquation.

Si on envisage que l'Etat et les départements prennent en charge à parts égales le surcoût du dispositif (2 Mds F environ), une fois recyclées les économies de part et d'autre, le concours financier de l'Etat aux départements serait, en année courante, de l'ordre de 1,7 Md F (1 Md F, moitié du surcoût et 0,7 Md F d'économies fiscales). Cette somme serait distribuée aux départements de façon modulée comme exposé ci-dessous<sup>11</sup>.

Chaque année, le Comité des finances locales serait destinataire d'un rapport sur l'exécution des dépenses d'APA par les départements et examinerait, au regard des dépenses réelles de l'année  $n$ , le surcoût prévisionnel pour l'année  $n + 1$  représenté par les dépenses de cette prestation de façon à faire évoluer, si besoin, la dotation de l'Etat et sa ventilation entre les départements selon le principe retenu de partage à parts égales des dépenses supplémentaires entre Etat et départements. Ce suivi annuel permettrait de mesurer et d'accompagner la montée en charge du nouveau dispositif.

Dans cette hypothèse, l'Etat se limiterait à abonder directement la DGD sur son budget.

### 3) Les équilibres financiers pour le GIR 4

Dans l'hypothèse, que nous retenons, d'une prestation légale de l'Etat distribuée par les régimes vieillesse, les crédits de l'APA pour le GIR 4 seraient inscrits au budget du ministère de l'emploi et de la solidarité. Les fonds d'action sociale des caisses vieillesse seraient, dans le cadre des contrats d'objectif et de gestion, diminués des dépenses consacrées à l'aide ménagère au GIR 4. Une créance de l'Etat sur les régimes vieillesse serait ainsi constituée qui pourrait être apurée via le FSV, par exemple, en diminuant à due concurrence les recettes fiscales affectées au FSV au profit des régimes de retraite.

La mise en place d'un tel dispositif pour le GIR 4 engendrerait trois sources de coûts : une amélioration des tarifs pratiqués par rapport à l'aide ménagère actuelle, une augmentation du nombre des personnes du fait de la meilleure attractivité du dispositif, et la prise en charge de personnes nouvelles relevant de régimes de retraite qui ne distribuaient pas d'aide ménagère. L'évaluation de ces trois effets cumulés conduit à estimer le surcoût net pour l'Etat à un montant de l'ordre de 2,4 Mds F.

La DGD serait, à ce titre, diminuée pour chaque département du montant de l'aide ménagère départementale au GIR 4 (environ 0,5 Md F).

---

<sup>11</sup> Voir : 5) – Les règles de la péréquation entre départements.

#### 4) Les règles de la péréquation entre départements

##### a) Les principes

Il est proposé que la contribution de l'Etat soit répartie entre les départements selon des critères qui expriment la solidarité nationale, en tenant compte de la charge supportée par les départements (proportionnelle pour l'essentiel à la démographie des personnes âgées) et de leurs capacités propres d'y faire face.

Nous proposons deux hypothèses :

Dans la première hypothèse, l'aide de l'Etat serait modulée en fonction :

- du nombre de personnes âgées dépendantes du département,
- du potentiel fiscal du département.

Ainsi l'Etat aiderait plus les départements les plus âgés et les plus pauvres.

Dans la seconde hypothèse, un troisième facteur serait ajouté aux deux précédents :

- le nombre de bénéficiaires du RMI par rapport à la population du département.

Le potentiel fiscal, dans les départements qui font face à de lourds problèmes sociaux, n'est peut-être pas représentatif à lui seul des disponibilités financières de la collectivité en matière sociale. On peut considérer que ce troisième facteur serait un indice acceptable des « charges » qui peuvent peser sur le département (par rapport à la situation de l'emploi, aux tâches d'insertion, etc.).

Il ne serait pas légitime de prendre en compte dans la répartition de l'aide les dépenses passées ou actuelles des départements. En effet, cela conduirait à favoriser de manière indue les départements qui, pour une raison ou une autre, ont eu l'attitude la plus restrictive dans l'attribution de l'ACTP et de la PSD.

##### b) Mode de calcul pour la répartition de l'aide de l'Etat

L'aide reçue de l'Etat par chaque département sera dans la première hypothèse :

- proportionnelle au nombre de personnes en GIR 1, 2 et 3 – N GIR 123 – dans le département,
- et proportionnelle à la « pauvreté fiscale » du département, figurée par un indice (IPF) reflétant l'écart avec les départements les plus favorisés en terme de potentiel fiscal :

$$IPF = PF_{Max} - PF$$

Elle sera, en outre, dans la seconde hypothèse :

- proportionnelle au nombre de bénéficiaires du RMI par rapport à la population.

L'annexe 4 montre, à titre d'exemple, deux simulations de cette distribution correspondant aux deux hypothèses. On peut bien entendu en produire d'autres en faisant varier les paramètres pris en compte.

#### 5) Le respect par l'Etat, les départements et les caisses des nouvelles règles

Dès lors que les présentes propositions fondent un droit, chacun doit être assuré de pouvoir y accéder.

Dans un contexte de réticence et d'ignorance des personnes âgées vis-à-vis des procédures contentieuses qui relèvent des commissions départementales et de la commission centrale d'aide sociale (décisions individuelles) et des tribunaux administratifs (tarifs, non paiement de la prestation), où le contrôle de légalité exercé par les préfets n'a pas pour vocation de passer au crible la multitude des décisions individuelles des départements, il faut

innover pour donner aux familles un recours simple qui les rassure sur l'effectivité de leur accès au droit.

Ce pourrait être, par exemple, un dispositif de recours efficace et opérationnel de type médiateur de l'APA, qui aurait le pouvoir de saisir le président du conseil général (ou la caisse concernée) en première instance pour lui signaler les anomalies relevées dans l'application de la loi et d'en appeler au préfet, pour la mise en œuvre du contrôle de légalité, dans l'hypothèse où ses observations resteraient sans effet passé un certain délai.

Enfin, il est proposé d'inscrire les dépenses de l'APA comme des dépenses obligatoires du département, ce qui implique, puisque toute charge qui résulte d'une décision législative est réputée dépense obligatoire, qu'un article de la loi dispose expressément que l'aide personnalisée à l'autonomie est une dépense obligatoire au sens du Code général des collectivités territoriales.

En ce qui concerne l'aide au GIR 4, la Commission des comptes de la sécurité sociale procèdera chaque année à l'examen des dépenses engagées au titre de l'aide légale.

#### 6) Bilan financier

Le coût total de la réforme de la prise en charge de la dépendance à domicile pour l'Etat peut s'analyser ainsi :

- Passage de la PSD à l'APA :	1,00 Md F
- Aide légale au GIR 4 :	2,40 Md F
Total	3,40 Md F

Ce bilan s'entend économies fiscales (0,7 Md F) déduites.

Nous avons, part ailleurs, un apport financier des départements d'1 Md F, une fois les remises à niveau effectuées.

Le raisonnement repose sur la répartition prise en compte entre ce qui continue de relever financièrement et juridiquement, d'une part, des départements et, d'autre part, des caisses (même si la troisième partie, ci-dessous, prévoit que l'on puisse dépasser cette stricte répartition). Dans ce cadre, l'effort complémentaire est strictement réparti entre l'Etat et les départements pour la prise en charge du surcoût concernant les GIR 1, 2 et 3.

D'autres hypothèses sont, là encore, possibles qui conduiraient à prendre en compte le coût global de la réforme (4,4 Mds F) et à envisager d'autres partages financiers entre l'Etat et les départements sur la base de cette somme globale.

## **TROISIEME PARTIE**

### **DES CONVENTIONS POUR UNE POLITIQUE GERONTOLOGIQUE COHERENTE**

Dans le nouveau dispositif envisagé, sont consacrés : un droit, un tarif, un financement, ainsi que des règles communes quelle que soit la prise en charge, APA ou aide ménagère légale, dont la personne âgée relève.

Pour des raisons de cohérence, de simplicité et de réalisme, il est proposé de laisser la gestion des personnes relevant des GIR 1, 2 et 3 aux départements et la gestion de la prestation légale au GIR 4 (et éventuellement 5) aux caisses vieillesse.

Cependant, il est indispensable d'inscrire dans la loi que, dans les douze mois qui suivent la mise en œuvre de la réforme, les départements et les caisses de retraite ont l'obligation de conclure une convention afin de négocier un plan gérontologique d'ensemble, détaillant le rôle de chaque institution et la coordination de leurs interventions dans un dispositif unifié où la frontière névralgique (GIR 3/GIR 4) a été supprimée. Il s'agit, dans la logique du rapport HESPEL-THIERRY<sup>12</sup> et dans le prolongement de la logique des conventions départementales prévues à l'article 1<sup>er</sup> de la loi du 24 janvier 1997, de faire en sorte que les différents gestionnaires et financeurs ainsi que leurs équipes coordonnent leurs interventions et mettent en cohérence leurs procédures d'évaluation et d'instruction des demandes afin notamment de régler les problèmes de transfert des personnes relevant du GIR 4 des caisses de retraite vers les départements.

Si cette disposition législative est nécessaire, le suivi de son application ne l'est pas moins, puisque l'obligation d'instituer des conventions, prévue à l'article 1 de la loi du 24 janvier 1997, n'a pas suffi à assurer une coordination satisfaisante. Il est donc proposé que la Commission des comptes de la sécurité sociale soit saisie chaque année d'un rapport sur l'exécution de ces conventions.

Il est clair que la généralisation sur l'ensemble du territoire des Centres Locaux, d'Information et de Coordination (CLIC), récemment annoncée par le Premier ministre, sera l'un des objets et des enjeux de ces conventions. La mise en place et la gestion de ces Centres supposera une forte cohérence entre Etat, Départements et Caisses de retraite. Cette même cohérence devra se retrouver dans les « réseaux d'aide » et la mise en œuvre globale dans chaque département d'un vrai « projet gérontologique ».

L'architecture proposée repose sur une conception de gestion moderne, celle où de multiples partenaires gèrent un droit de manière souple et où la définition d'un droit national n'est pas antinomique avec une gestion de proximité.

On peut également concevoir que l'élaboration de ces conventions pourrait être l'occasion de faire « bouger les lignes » entre le domaine relevant des conseils généraux et celui relevant des Caisses de retraite.

La méthode ici proposée ouvre la voie à plusieurs types d'évolution. Elle parie sur un développement du partenariat entre les départements et les organismes de sécurité sociale.

Nous croyons avoir démontré qu'elle est un « passage obligé », les alternatives visant à « dessaisir » brutalement ou les départements ou les caisses de retraite de leur participation à la prise en charge de la dépendance et de l'autonomie étant irréalistes et, de surcroît, inéquitables.

---

<sup>12</sup> Véronique HESPEL, Michel THIERRY - Synthèse des constats et propositions de la mission sur les services d'aide aux personnes. Rapport des Inspections Générales des Affaires Sociales et des Finances – Septembre 1998.

Il faut donc s'appuyer sur l'existant pour faire le « grand pas en avant » que constituera la mise en œuvre de l'APA.

Mais il faut mesurer que ce « grand pas » change tout. On passe de la logique de l'aide sociale à celle du droit garanti à tout être humain, dans des conditions qui seront les mêmes pour tous.

## ANNEXES

# ANNEXES

	<u>Page</u>
1. Lettre de mission du 24 décembre 1999 .....	31
2. Déclaration du Premier ministre du 21 mars 2000 .....	34
3. La grille AGGIR .....	38
4. Simulations relatives au ticket modérateur à la charge des bénéficiaires de l'APA : alternatives aux propositions du rapport .....	42
5. Simulations relatives à la répartition de l'aide de l'Etat.....	45
6. Note relative à l'appréciation du patrimoine des demandeurs de la PSD.....	49
7. Note relative au barème de participation de la CNAVTS .....	51
8. Compte rendus des auditions effectuées dans le cadre de la mission .....	54
9. Contributions écrites transmises à la mission .....	125

## 1. Lettre de mission

***REPUBLIQUE FRANCAISE***

***La Ministre de l'Emploi et de la Solidarité***

***La Secrétaire d'Etat  
à la Santé et à l'Action Sociale***

Paris, le 24 décembre 1999

Monsieur le ministre,

Telle qu'elle a été définie par la loi du 24 janvier 1997, la prestation spécifique dépendance (PSD), se révèle, au vu du dernier bilan de sa mise en œuvre, ne pas apporter une réponse satisfaisante à l'ensemble des problèmes que pose la perte d'autonomie des personnes âgées. Elle n'a pas remédié aux inégalités selon les départements et reste par trop empreinte des règles aux effets dissuasifs de l'aide sociale traditionnelle.

Le Gouvernement a déjà décidé un certain nombre de mesures correctrices, notamment à la suite du rapport que lui a remis Madame Paulette GUINCHARD-KUNSTLER, députée du Doubs. Ainsi ce rapport a souligné le manque de lisibilité pour l'usager des différents dispositifs d'aide existants, dû à la multiplicité des intervenants et des financeurs, et le besoin d'une coordination et d'une information de qualité. La création de centres locaux d'information et de coordination (CLIC), 25 dès 2000, devrait améliorer à court terme le service rendu aux personnes âgées et à leurs familles confrontées à une situation de perte d'autonomie.

Convaincu qu'il lui faut réviser en profondeur les dispositifs de prise en charge de la dépendance, le Gouvernement souhaite dans les meilleurs délais transformer la PSD sur les principes suivants

- la prestation doit demeurer individualisée pour répondre au mieux à chaque cas personnel, à domicile dans le cadre du plan d'aide institué par la loi du 24 janvier 1997 comme en établissement ;

- elle doit rester gérée au niveau départemental, dans le respect des compétences des conseils généraux et afin d'assurer un traitement de proximité des situations rencontrées par les personnes âgées ;

- son accès doit être plus largement ouvert et ne pas comporter de clauses dissuasives ;

- elle devra revêtir des formes différentes à domicile et en établissement, adaptées au mieux à chacune de ces situations distinctes ;

- enfin elle pourrait ne pas être réservée aux situations de dépendance les plus lourdes (groupes 1, 2 et 3 de la grille A.G.G.I.R.) mais s'étendre, dans des conditions à définir, à toutes les situations de dépendance à domicile comme en établissement.

Par ailleurs, compte tenu notamment des perspectives démographiques, la question du financement de la prise en charge de la dépendance dans notre pays doit faire l'objet d'une réflexion approfondie. La possibilité d'une mise en cohérence des engagements des différents intervenants doit être envisagée avec les parties concernées. Il convient en particulier d'étudier dans quelle mesure l'inégale répartition des charges résultant de la dépendance des personnes âgées justifie des mesures de compensation et quelles pourraient en être les modalités.

Nous vous confions donc une mission de concertation sur ces sujets avec l'ensemble des partenaires concernés.

Nous souhaitons disposer de vos premières conclusions et propositions pour le 15 février 2000. Vous nous remettrez votre rapport final pour le 15'avril prochain.

Vous serez directement aidé dans cette mission par Monsieur Jean-René BRUNETIERE et ses collaborateurs de la mission d'appui constituée au sein du ministère pour la réforme de la tarification des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes. L'ensemble des services du ministère sont bien évidemment à votre disposition pour l'accomplissement de cette mission.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Ministre, en l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Martine AUBRY

Dominique GILLOT

Monsieur Jean-Pierre SUEUR  
Ancien Ministre  
Maire d'Orléans  
Mairie d'Orléans  
Place de l'Etape  
45040 ORLEANS CEDEX 1

**2. Déclaration de M. Lionel JOSPIN,**  
**Premier ministre,**  
**le 21 mars 2000**

## **Déclaration de Monsieur Lionel JOSPIN, Premier ministre sur l'avenir des retraites. (extrait)**

**- NOUS VOULONS VALORISER LE ROLE SOCIAL DES PERSONNES AGEES. MAIS AUSSI LES SOUTENIR, AINSI QUE LEURS FAMILLES, LORSQU'ELLES SONT CONFRONTEES A LA DEPENDANCE.**

Avec l'allongement de l'espérance de vie, ce sont des millions de personnes qui aujourd'hui s'engagent à 60 ans, actives et en bonne santé, dans une nouvelle période de leur vie. Mais c'est aussi parfois, pour une faible partie des personnes âgées heureusement, le risque d'une perte d'autonomie, qu'il nous faut savoir prendre en charge.

### **1. Nous devons mieux reconnaître et valoriser le rôle social des retraités.**

A l'égard de la jeunesse, les personnes âgées exercent souvent une fonction de relais, d'écoute, de conseil et de médiation, qui prend plus d'importance encore avec les évolutions sociologiques que connaissent les familles : évolution du travail des femmes, familles recomposées, famille monoparentales...

Qu'il s'agisse d'accompagnement scolaire, de parrainage, de gardes d'enfants le week-end, d'aide aux personnes en difficulté ou de conciliation en matière judiciaire, les « seniors » jouent un rôle social précieux et tiennent, de façon plus générale, une place très importante dans la vie associative.

Le temps de la retraite est ainsi de plus en plus le temps de l'accomplissement personnel, et pour beaucoup l'occasion d'un engagement citoyen.

La participation des retraités à la vie sociale et économique -notamment dans une perspective de coopération et d'entraide- est de plus en plus importante. C'est une évolution essentielle et largement sous-estimée.

Elle va se poursuivre. Il y a aujourd'hui douze millions de personnes âgées de soixante ans et plus ; il y en aura 17 millions en 2020. En 2040, les quelque 21 millions de personnes de plus de 60 ans pourraient représenter le tiers de la population totale. Et ces personnes seront encore plus actives que les personnes âgées d'aujourd'hui. La question de leur place dans la société sera donc posée avec plus de force encore.

J'entends saisir le Conseil économique et social afin qu'il examine cette grande question de société et fasse des propositions au Gouvernement pour que notre pays sache mieux tirer profit de la richesse que constituent les retraités et mieux reconnaître leur rôle.

## 2. Nous allons vraiment traiter le problème de la dépendance.

Nous ne devons pas seulement aux personnes âgées des garanties quant à leur retraite. Nous leur devons également l'assurance d'un soutien de la collectivité dans les cas où elles perdent leur autonomie, et que leur revenu ou l'aide de leur famille ne suffit pas.

La dépendance des personnes âgées est devenue un enjeu majeur de solidarité. *Ce sont environ 1.300.000 personnes âgées qui sont aujourd'hui, à des degrés divers, concernées par la dépendance.* Ce nombre ne fera que croître dans les années à venir, même si l'on peut espérer beaucoup des progrès de la médecine.

Trouver un service de qualité, assumer le coût de la prise en charge sont autant de sources d'inquiétude pour les personnes dépendantes et pour leurs proches.

*Cette question de la dépendance n'a pas encore reçu de réponse vraiment satisfaisante.*

La prestation spécifique dépendance (PSD) instituée par le précédent gouvernement apparaît à l'expérience comme un échec.

Elle ne bénéficie qu'à une faible partie des personnes concernées, puisqu'elle n'est attribuée qu'à 120.000 d'entre elles. Elle est très souvent d'un montant insuffisant. Elle est enfin très inégalitaire, car sa mise en œuvre par les conseils généraux est particulièrement disparate et son montant varie considérablement d'un département à l'autre pour des situations pourtant identiques.

*Il nous faut engager une vaste réforme des modalités de prise en charge de la dépendance des personnes âgées. Cette réforme sera menée d'ici la fin e la législature.*

La prestation spécifique dépendance sera radicalement transformée. Il nous faut sortir d'une logique d'assistance ou d'aide sociale. *Nous allons ouvrir à l'ensemble des personnes âgées dépendantes un droit objectif à une prestation dont le montant sera fonction des revenus et du niveau de la dépendance de la personne.*

Certes, une gestion de proximité doit être maintenue pour adapter l'aide aux besoins réels de la personne en fonction de ses conditions de vis. *Mais il faut que l'égalité entre les personnes soit réelle*, que les droits soient clairement établis et ne varient pas d'un point à l'autre du territoire, en fonction de la richesse ou de la générosité des départements.

Ce nouvel objectif exigera un effort important. L'Etat, au nom la solidarité nationale, est prêt à en prendre sa part aux côtés des autres acteurs concernés que sont les départements et les caisses de sécurité sociale.

Un projet de loi sera préparé d'ici la fin de l'année par la ministre de l'Emploi et de la Solidarité, Mme Martine AUBRY. Le Gouvernement a confié à M. Jean-Pierre SUEUR une mission sur ce sujet dont les conclusions seront rendues prochainement. A partir de cette réflexion, nous engagerons les concertations nécessaires, notamment avec les départements. L'un des principaux objectifs de cette réforme sera de *favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. C'est ce que celles-ci souhaitent avant tout.* A cet effet, nous devrons également développer les services de soins infirmiers à domicile.

Pour les personnes qui sont accueillies dans les établissements, nous engagerons un plan de médicalisation sur cinq ans, afin que partout elles puissent recevoir les soins adaptés à leurs besoins. Je pense en particulier aux centaines de milliers de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Enfin, les personnes âgées dépendantes et leurs familles se heurtent souvent à la multiplicité des organismes compétents : les départements, les caisses de retraite, les associations d'aide à domicile... Nous voulons créer des lieux bien identifiés, où elles pourront connaître leurs droits et l'ensemble des possibilités de prise en charge. Des centres de liaison, d'information et de coordination vont être créés cette année à titre expérimental. Dans un Horizon de cinq ans, un millier de ces centres devraient couvrir l'ensemble du territoire.

*Apporter une réponse satisfaisante à la dépendance est donc une grande ambition.*

### **3. La grille AGGIR**

## AGGIR

<b>VARIABLES DISCRIMINANTES</b>	
COHERENCE :	
converser et/ou se comporter de façon sensée	
ORIENTATION :	
se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
TOILETTE :	
concerne l'hygiène corporelle	
HABILLAGE :	
s'habiller, se déshabiller, se présenter	
ALIMENTATION :	
manger les aliments préparés	
ELIMINATION :	
assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	
TRANSFERTS :	
se lever, se coucher, s'asseoir	
DEPLACEMENT A L'INTERIEUR :	
avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...	
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR:	
à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION A DISTANCE :	
utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme...	

<b>VARIABLES ILLUSTRATIVES DE LA DEPENDANCE DOMESTIQUE ET SOCIALE</b>	
GESTION	
gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	
CUISINE :	
préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
MENAGE :	
effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
TRANSPORT :	
prendre et/ou commander un moyen de transport	
ACHATS :	
acquisition directe ou par correspondance	
SUIVI DU TRAITEMENT :	
se conformer à l'ordonnance du médecin	
ACTIVITES DE TEMPS LIBRE :	
activités sportives, culturelles, sociales, de loisir ou de passe-temps	

GROUPE ISO RESSOURCES :

L'outil AGGIR, Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources, permet d'évaluer la perte d'autonomie à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne seule.

Son remplissage exclut tout ce que font les aidants et/ou les soignants, afin de mesurer seulement ce que fait la personne âgée. En revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne : lunettes, prothèses auditives, fauteuil roulant, poche de colostomie...

La grille AGGIR comporte donc 10 variables dites *discriminantes*, se rapportant à la perte d'autonomie physique et psychique, et 7 variables dites *illustratives*, se rapportant à la perte d'autonomie domestique et sociale.

Chaque variable possède trois modalités :

- **A** : fait seul, totalement, habituellement et correctement
- **B** : fait partiellement ou non habituellement ou non correctement
- **C** : ne fait pas.

Habituellement est la référence au temps.

Correctement est la référence à l'environnement conforme aux usages.

La notion "seule" correspond à "fait spontanément seul". Elle suppose qu'il n'est besoin ni d'incitation ni de stimulation de la part d'un tiers.

Une stimulation ponctuelle est à différencier d'une stimulation totale, nécessitant une présence permanente de l'aidant pour la réalisation de l'acte considéré. Dans ce cas, la personne "ne fait pas".

Ces variables permettent une différenciation très nette des individus selon trois modalités : forte perte d'autonomie, perte d'autonomie partielle et pas de perte d'autonomie.

Une classification logique a permis de classer les personnes selon des **profils de perte d'autonomie** significativement proches. En prenant des indicateurs multiples de consommation de ressources, il a été possible de regrouper certains profils, obtenant alors 6 groupes consommant un niveau de ressources significativement proche de soins de base et relationnels (groupes iso-ressources ou GIR). Ceux-ci sont **obtenus uniquement grâce à un logiciel**, en fonction des valeurs A, B ou C données à chacune des variables.

Sont décrites ci-après les grandes catégories de personnes qui définissent principalement les six groupes :

\* le groupe iso-ressources I correspond aux personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

\* le groupe iso-ressources II comprend deux groupes de personnes âgées :

. celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.

. celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer (souvent dénommés les "déments déambulants").

\* le groupe iso-ressources III correspond aux personnes âgées ayant conservé leurs fonctions intellectuelles, partiellement leur capacité à se déplacer mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. De plus, la majorité d'entre elles n'assurent pas seules l'hygiène de l'élimination tant anale qu'urinaire.

\* le groupe iso-ressources IV comprend essentiellement deux groupes de personnes :

. celles qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. La grande majorité d'entre elles s'alimente seule.

. celles qui n'ont pas de problèmes pour se déplacer mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que les repas.

\* le groupe iso-ressources V correspond aux personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles nécessitent une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

\* le groupe iso-ressources VI regroupe toutes les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

**4. Simulations relatives au**

**ticket modérateur à la charge des**

**bénéficiaires de l'APA :**

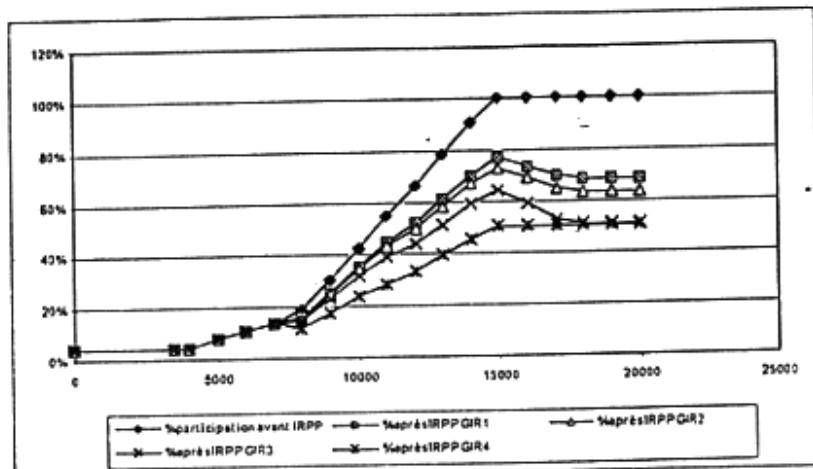
**alternatives aux propositions du rapport**

## Variantes de barème

Sur le même schéma que celui qui est proposé dans le rapport, on peut simuler d'autres hypothèses de barème, en faisant varier les paramètres :

La barème proposé était défini à partir des « points de passage » :

4% jusqu'à 3800 F  
16% à 7800 F  
100% au delà de 14800 F

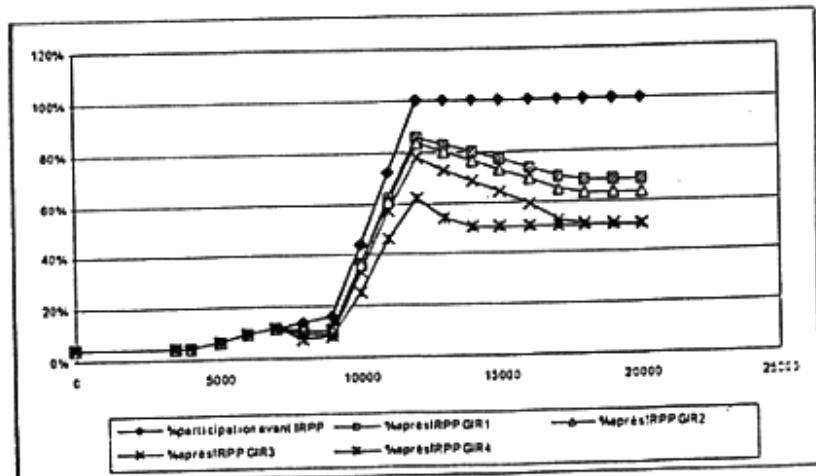


Graphique 1

On peut vouloir, afin de favoriser les classes moyennes au détriment des revenus plus élevés,

- augmenter le seuil d'infexion (p. ex. de 7800 F à 9000 F) ;
- et abaisser le seuil d'exclusion (p. ex. de 14800 F à 12000 F).

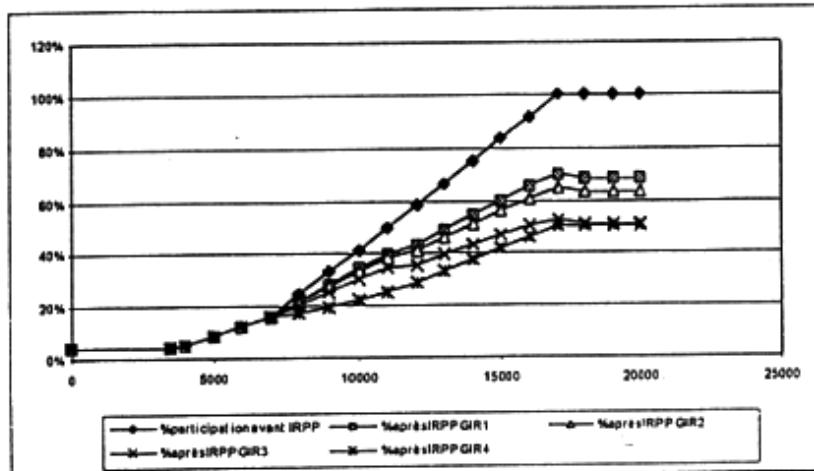
A coût égal, on obtiendrait le profil suivant :



Graphique 2

On constate dans ce cas une accentuation des effets pervers des déductions fiscales : pour tous les GIR, le pourcentage restant à charge de la personne serait plus élevé pour un revenu de 12000 F que pour un revenu de 20000 F. De même, pour le GIR 4, le reste à charge serait plus élevé pour un revenu de 7000 F que pour un revenu de 9000 F.

Si on veut abolir complètement ce type d'effet pervers, il faut abaisser le point d'inflexion au dessous de 7000 F, et porter le point d'exclusion au-delà de 17000 F, ce qui donne le profil suivant :



Graphique 3

Ce type de formule conduit à distribuer des aides, même si elles sont d'un montant relativement faible, à des personnes de revenu relativement élevé : dans ce schéma, la personne ayant 16000 F de revenu mensuel recevrait une aide de 10 % de sa dépense.

C'est pourquoi la solution proposée dans le rapport (graphique 1) a été retenue : elle est incontestablement plus équitable que les formules représentées par les graphiques 2 et 3.

**5. Simulations relatives à la**

**répartition de l'aide de l'Etat**

**aux départements**

## Simulation de la répartition de l'apport de l'État aux départements

Hypothèse n°1 : répartition selon le nombre de personnes âgées dépendantes (GIR 1,2 et 3) et le potentiel fiscal des départements

N° du département	NOM du département	Somme totale apportée par l'Etat (enMF)	Somme apportée par l'Etat par habitant (en F/hab)
23	Creuse	15,5	127,0
32	Gers	14,3	83,6
48	Lozère	5,2	73,4
15	Cantal	10,8	71,6
24	Dordogne	27,4	70,1
36	Indre	15,1	66,2
58	Nièvre	14,4	64,2
11	Aude	19,9	62,5
22	Côtes-d'Armor	33,5	62,2
46	Lot	9,6	60,9
47	Lot-et-Garonne	18,4	59,2
03	Allier	19,3	56,6
70	Haute-Saône	12,8	55,4
55	Meuse	10,1	53,6
19	Corrèze	12,3	52,9
17	Charente-Maritime	28,2	52,2
81	Tarn	17,6	51,8
12	Aveyron	13,2	51,2
972	Martinique	19,5	51,2
2B	Haute-Corse	7,0	51,1
09	Ariège	6,9	51,0
43	Haute-Loire	10,4	50,5
29	Finistère	43,6	50,4
61	Orne	14,1	49,0
52	Haute-Marne	9,6	48,9
89	Yonne	16,5	48,5
79	Deux-Sèvres	16,6	48,2
66	Pyrénées-Orientales	19,7	48,2
86	Vienne	19,0	48,2
65	Hauts-Pyrénées	10,5	47,4
62	Pas-de-Calais	66,8	46,6
08	Ardennes	13,2	46,4
56	Morbihan	29,9	46,0
18	Cher	14,9	45,7
82	Tarn-et-Garonne	9,5	45,0
87	Haute-Vienne	15,7	44,6
80	Somme	23,7	42,9
971	Guadeloupe	18,1	42,9
40	Landes	13,8	42,5
30	Gard	27,6	42,3
2A	Corse-du-Sud	5,5	41,9
16	Charente	14,2	41,5
02	Aisne	21,3	39,9
85	Vendée	21,0	39,0
41	Loir-et-Cher	12,4	39,0
71	Sarthe	21,2	38,8
07	Ardèche	11,1	38,2
53	Mayenne	10,7	37,9
72	Sarthe	19,6	37,4
34	Hérault	34,0	37,2

N° du département	NOM du département	Somme totale apportée par l'Etat (enMF)	Somme apportée par l'Etat par habitant (en F/hab)
49	Maine-et-Loire	27,3	36,5
88	Vosges	13,4	36,2
59	Nord	91,8	36,1
64	Pyrénées-Atlantiques	20,9	34,7
42	Loire	25,6	34,4
28	Eure-et-Loir	14,6	33,3
84	Vaucluse	17,4	33,2
37	Indre-et-Loire	18,2	32,3
35	Ille-et-Vilaine	27,8	32,1
974	Réunion	22,3	31,6
10	Aube	9,1	31,2
63	Puy-de-Dôme	18,8	30,9
83	Var	29,5	30,6
14	Calvados	20,1	30,6
33	Gironde	40,2	30,2
54	Meurthe-et-Moselle	20,9	29,7
27	Eure	17,1	29,5
39	Jura	7,4	29,0
90	Territoire-de-Belfort	3,9	28,2
51	Marne	15,2	26,6
04	Alpes-de-Haute-Provence	3,8	26,3
44	Loire-Atlantique	29,1	26,0
21	Côte-d'Or	13,4	25,6
13	Bouches-du-Rhône	46,0	25,0
05	Hautes-Alpes	3,0	24,1
60	Oise	18,6	23,0
45	Loiret	14,9	22,8
31	Haute-Garonne	23,1	22,0
973	Guyane	3,3	21,0
01	Ain	10,6	19,4
50	Manche	9,0	18,5
77	Seine-et-Marne	25,4	18,4
57	Moselle	17,3	17,2
26	Drôme	7,2	16,1
86	Alpes-Maritimes	17,6	16,0
95	Val-d'Oise	17,9	14,8
67	Bas-Rhin	14,9	14,7
68	Haut-Rhin	9,6	13,7
25	Doubs	6,6	13,4
38	Isère	14,1	12,4
76	Seine-Maritime	13,7	11,0
74	Haute-Savoie	5,0	7,6
69	Rhône	9,3	5,9
93	Seine-Saint-Denis	7,7	5,4
91	Essonne	1,9	1,6
73	Savoie	0,0	0,0
75	Paris	0,0	0,0
78	Yvelines	0,0	0,0
92	Hauts-de-Seine	0,0	0,0
94	Val-de-Marne	0,0	0,0

## Simulation de la répartition de l'apport de l'État aux départements

Hypothèse n°2 : répartition selon le nombre de personnes âgées dépendantes (GIR 1,2 et 3) et à part égale, le potentiel fiscal des départements et le taux de bénéficiaires du RMI.

N° du département	NOM du département	Somme totale apportée par l'Etat (enMF)	Somme apportée par l'Etat par habitant (en F/hab)
13	Creuse	10 74	88,2
11	Aude	21,22	66,6
66	Pyrénées-Orientales	26,93	65,8
972	Martinique	23,11	60,6
09	Ariège	8,08	59,6
2B	Haute-Corse	8,00	58,4
24	Dordogne	21,88	55,8
58	Nièvre	12,35	55,1
32	Gers	9,09	52,9
03	Allier	17,40	51,1
971	Guadeloupe	21,39	50,7
17	Charente-Maritime	27,15	50,3
34	Hérault	46,01	50,2
47	Lot-et-Garonne	15,42	49,5
13	Bouches-du-Rhône	89,63	48,7
62	Pas-de-Calais	69,39	48,4
2A	Corse-du-Sud	6,21	47,4
15	Cantal	7,14	47,4
08	Ardennes	13,41	47,1
46	Lot	7,08	44,9
48	Lozère	3,16	44,8
36	Indre	9,87	43,4
59	Nord	108,56	42,7
22	Côtes-d'Armor	22,90	42,5
81	Tarn	14,34	42,2
18	Cher	13,60	41,7
55	Meuse	7,77	41,1
65	Hautes-Pyrénées	8,92	40,5
80	Somme	22,28	40,4
82	Tarn-et-Garonne	8,49	40,1
30	Gard	26,05	39,9
16	Charente	13,06	38,3
86	Vienne	15,04	38,2
61	Orne	10,84	37,7
83	Var	36,27	37,6
974	Reunion	26,40	37,4
87	Haute-Vienne	13,06	37,1
70	Haute-Saône	8,52	37,0
29	Finistère	31,95	36,9
89	Yonne	12,19	35,8
84	Vaucluse	18,71	35,8
19	Corrèze	8,18	35,2
52	Haute-Marne	6,85	35,1
64	Pyrénées-Atlantiques	20,90	34,7
40	Landes	10,85	33,4
82	Aisne	17,58	32,9
79	Deux-Sèvres	11,10	32,1
56	Morbihan	20,14	31,0
12	Aveyron	8,00	31,0
33	Gironde	40,56	30,4

N° du département	NOM du département	Somme totale apportée par l'Etat (enMF)	Somme apportée par l'Etat par habitant (en F/hab)
43	Haute-Loire	6,18	29,9
10	Aube	8,61	29,7
54	Meurthe-et-Moselle	20,76	29,4
72	Sarthe	15,28	29,2
41	Loir-et-Cher	9,25	29,0
06	Alpes-Maritimes	31,63	28,8
07	Ardèche	8,34	28,7
31	Haute-Garonne	30,00	28,6
42	Loire	21,00	28,2
71	Saône-et-Loire	14,95	27,4
88	Vosges	10,09	27,2
37	Indre-et-Loire	15,15	26,9
14	Calvados	17,64	26,8
63	Puy-de-Dôme	16,16	26,5
04	Alpes-de-Haute-Provence	3,84	26,3
75	Paris	53,73	26,1
49	Maine-et-Loire	19,42	26,0
90	Territoire-de-Belfort	3,40	24,9
973	Guyane	3,91	24,9
44	Loire-Atlantique	27,64	24,7
85	Vendée	12,66	23,6
51	Marne	13,23	23,1
53	Mayenne	6,35	22,5
28	Eure-et-Loir	9,73	22,2
35	Ille-et-Vilaine	18,80	21,7
76	Seine-Maritime	26,64	21,3
27	Eure	12,34	21,3
93	Seine-Saint-Denis	26,63	20,2
21	Côte-d'Or	9,92	19,0
26	Drome	8,28	18,4
45	Loiret	11,43	17,5
39	Jura	4,38	17,2
60	Oise	13,80	16,9
57	Moselle	15,29	15,2
05	Hautes-Alpes	1,86	15,0
25	Doubs	6,82	13,9
67	Bas-Rhin	13,61	13,4
50	Manche	6,52	13,3
95	Val-d'Oise	14,24	11,7
69	Rhône	18,28	11,7
61	Ain	6,29	11,5
77	Seine-et-Marne	15,03	10,9
38	Isère	12,11	10,7
68	Haut-Rhin	7,18	10,2
94	Val-de-Marne	11,81	9,8
92	Hauts-de-Seine	11,59	8,7
74	Hauts-Savoie	3,59	5,4
91	Essonne	3,76	3,1
73	Savoie	0,85	2,2
78	Yvelines	0,00	0,0

## Compensations financières envers les départements

### Note méthodologique

#### Paramètres pris en compte :

- Nombre de personnes âgées de GIR 1, 2 et 3 calculée d'après la prévalence de la dépendance par tranches d'âge et de la structure par âge des départements.
- Potentiel fiscal par habitant (source Ministère de l'intérieur).
- Taux de bénéficiaires de PM par rapport à la population totale.

Afin de s'affranchir de l'influence des cas extrêmes, ces deux derniers paramètres ont été limités vers le haut et vers le bas au niveau du 5<sup>ème</sup> département par ordre respectivement décroissant et croissant.

Dans **l'hypothèse 1**, l'enveloppe totale est répartie au prorata du nombre de personnes dépendantes et de l'indice de pauvreté fiscale du département (représenté par l'écart au potentiel fiscal le plus élevé).

Dans **l'hypothèse 2**, l'enveloppe totale est répartie au prorata d'un indice composite reflétant pour moitié la « pauvreté fiscale » évoquée ci-dessus et pour moitié le taux de bénéficiaires du RM.

Les paramètres utilisés et leur pondération peuvent bien entendu être modifiés. Les résultats produits ici le sont à titre d'exemple.

**6. Note relative à l'appréciation**  
**du patrimoine des demandeurs**  
**de la PSD**

### LE PRINCIPE :

L'article 6 alinéa 2 de la loi du 24 janvier 1997 dispose qu'il est tenu compte de l'ensemble des revenus et de la valeur en capital des biens non productifs de revenus.

L'article 6 du décret n° 97-426 du 28 avril 1997, reprenant les dispositions prévues en matière de Revenu Minimum d'Insertion (article 7 du décret n° 88-1111 du 12 décembre 1988), précise les modalités selon lesquelles sont évalués les biens ou capitaux non exploités ni placés : ils sont censés procurer aux intéressés un revenu annuel évalué à :

- 50 % de leur valeur locative s'il s'agit d'immeubles bâties ;
- 80 % de cette valeur s'il s'agit de terrains non bâties ;
- 3 % des capitaux.

### LES MODALITES DE MISE EN OEUVRE :

Suite à des informations obtenues auprès de trois départements (Ille-et-Vilaine, Nord et Pyrénées-Orientales), cette disposition ne pose pas de problème d'application.

En effet la « valeur locative » sur la base de laquelle est calculé le revenu forfaitaire figure sur l'avis d'imposition de la taxe foncière sur le bâti et le non bâti. Et à défaut de cette information, les services départementaux peuvent se procurer auprès des mairies le revenu cadastral.

Le département de l'Ille-et-Vilaine précise également qu'en l'absence de paiement de la taxe foncière, c'est la valeur locative indiquée sur l'avis d'imposition relatif à la taxe d'habitation, divisée par deux, qui est utilisée. Tant le département du Nord que celui d'Ille-et-Vilaine précisent que cette évaluation concerne relativement peu de personnes.

### CONTENTIEUX :

En ce qui concerne l'aspect contentieux, la Commission centrale d'aide sociale précise qu'à ce jour il n'y aurait pas de recours concernant l'appréciation des ressources des personnes.

**7. Note sur le barème de**

**participation de la CNAVTS**

L'instauration d'un ticket modérateur à la charge du bénéficiaire de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) suppose l'existence d'un barème de ressource assurant une progressivité de sa participation financière en fonction de son revenu.

Si l'on peut s'inspirer des barèmes de l'aide ménagère des régimes de vieillesse, il faut cependant les simplifier pour remédier à plusieurs de leurs inconvénients.

#### **. Une trop grande complexité**

- Le barème comporte huit tranches du plafond de l'aide sociale (43.947 F/ou : 3662,25 F/mois) à 8790 F. Sa progressivité est forte dans une fourchette de revenus bas-moyens
- Il prend en compte le revenu net fiscal pour déterminer la tarification horaire qui est dégressive en fonction du volume d'heures consommées : jusqu'à 30 heures, le retraité acquitte une participation de 100 % de la tarification horaire dans sa tranche de revenus, de 30 à 40 heures une participation de 50 % et, de 40 à 90 heures, une participation de 25 %

Ce système à double entrée est inutilement complexe, dès lors que le plan d'aide subventionné est fonction du groupe iso-ressources d'appartenance.

#### **. Des effets de seuil importants à chaque changement de tranche**

- Lorsque le revenu d'une personne passe de 6882 F. à 6883 F., le débours pour le même nombre d'heures (60 h) passe de 1440 F. à 2040 F. Un franc gagné fait donc perdre 600 F.
- Le coût de l'heure s'accroît quand le revenu est plus élevé, ce qui est l'effet social recherché, mais seulement jusqu'à 8790 F. de revenu mensuel.

#### **. L'interférence avec les réductions d'impôts brouille la donne et favorise les personnes imposables à proportion de leur revenu**

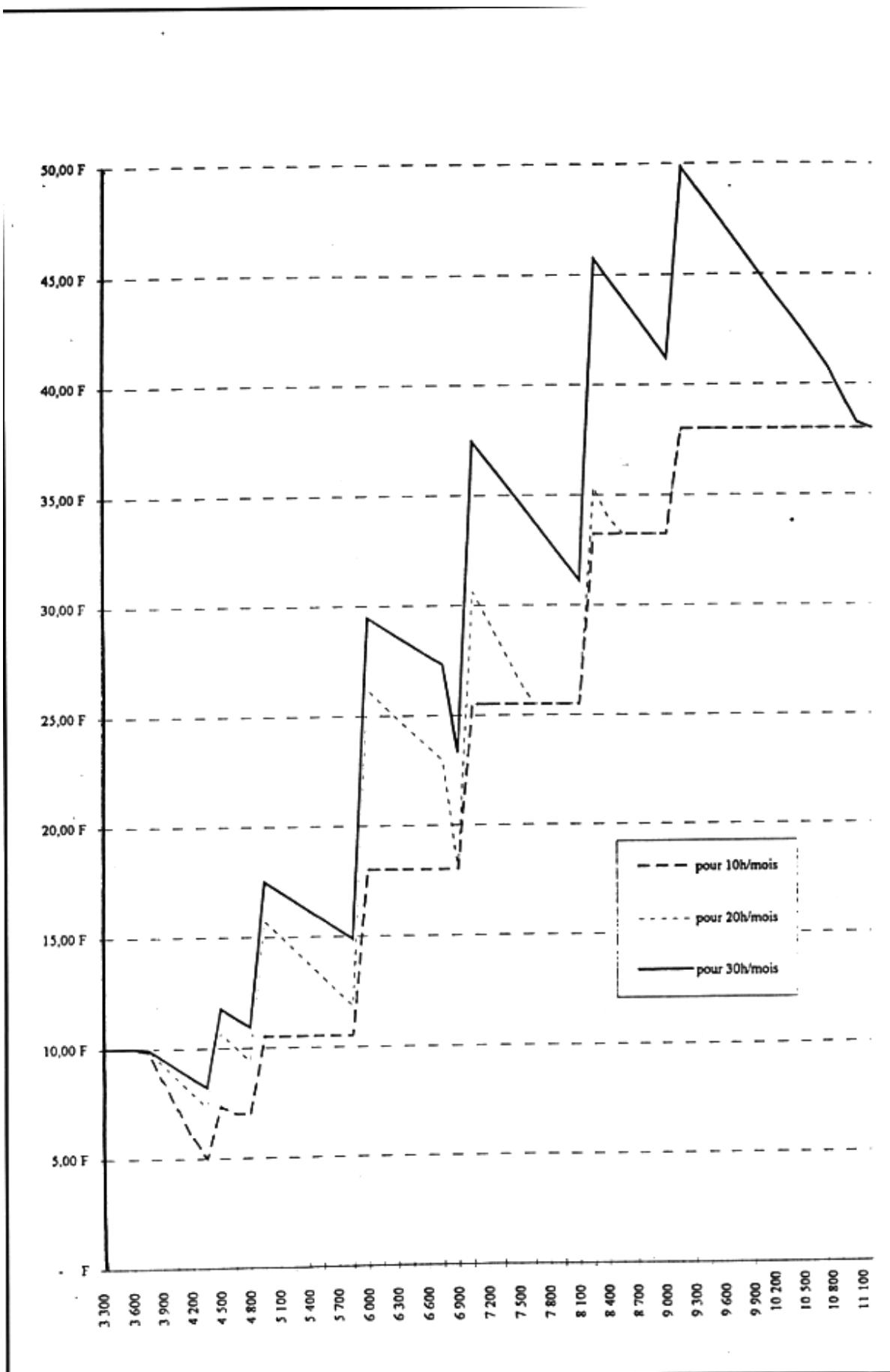
C'est le plus grave défaut de ce barème.

Le graphique ci-après montre le coût moyen de l'heure pour une personne ayant recours à 30 heures d'aide ménagère par mois, selon son revenu. Au delà de 8790 F., dernière tranche du barème, les exonérations fiscales - et notamment la réduction d'impôt de 50 % du coût des emplois à domicile, dans la limite d'une dépense de 45.000 F. - favorisent les personnes imposables à proportion de leur revenu.

Ainsi, le coût de l'heure pour une personne âgée dont le revenu mensuel est égal à 5000 F. par mois, et qui n'est pas imposable, s'élève à 21 F. de l'heure alors qu'il est ramené de 73 F. à 36,50 F. de l'heure, par le biais de la réduction fiscale, pour une personne dont le revenu s'élève à 12.500 F.

## AIDE MENAGERE

**Coût horaire net pour le bénéficiaire en fonction du revenu et du nombre d'heures mensuelles consommées (sans demi-part invalidité, compte tenu des déductions fiscales)**



**8. Compte rendus des  
auditions effectuées  
dans le cadre de la mission**

**LISTE DES ORGANISMES ET  
PERSONNES AUDITIONNÉES**

(par ordre chronologique des auditions)

	<i>Page</i>
- <b>Fédération nationale des associations d'aide à domicile en activité regroupée (FNADAR)</b> : M. SOUDET, Président .....	58
- <b>Union nationale des associations de soins et services à domicile (UNASSAD)</b> : Mme MARTEL, Présidente - M. COUDRON, Secrétaire Général - M. VERNY, Directeur Général.....	60
- <b>Fédération des associations de soins et services à domicile (FASSAD)</b> : M. OLIVIER, Président – Mme LEDUC, Directrice – M. ENNUYER, Directeur de l'association « Les Amis ».....	62
- <b>Confédération Générale du Travail – Union confédérale des retraités (UCR – CGT)</b> : Mme HENRI, Responsable UCR CGT – M. RELAVE, Collectif Retraite CGT – Mme HENRY, Collectif Confédération Retraite CGT – Mme SPIQUE, Fédération des organismes sociaux.....	64
- <b>Caisse Nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS)</b> : M. HERMANGE, Directeur – M. CADOT, Président de la Commission des affaires sanitaires et sociales - Mme BONAN, Administrateur – M. BOUDREAU, Directeur de l'Action Sociale Nationale – M. FILHON, Chargé de mission.....	66
- <b>Confédération générale des cadres (CGC)</b> : Mme MORGESTERN, Secrétaire Nationale – Mme VIGUIER, Déléguée Nationale (maladie) – Mme BAIDY, Déléguée Nationale (retraites) – M. GRULOIS, Président de l'Union des Retraités – Mme RANCHIM, Conseillère Technique .....	69
- <b>Caisse assurance nationale de l'assurance maladie (CANAM)</b> : M. RAVOUX, Président – M. POSTEL-VINAY, Directeur Général – M. BENOZIO, Conseiller.....	71
- <b>Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS)</b> : M. FELTESSE, Directeur Général – M. VILLEZ, Conseiller technique.....	73
- <b>Direction Générale des Collectivités Locales (DGCL)</b> : M. LALLEMENT, Directeur Général.....	75
- <b>Direction de l'Action Sociale (DAS)</b> : M. GAUTHIER, Directeur.....	77
- <b>Caisse centrale de mutualité sociale agricole (MSA)</b> : Mme GROS, Présidente – M. LENOIR, Directeur Général – M. MEYER, Directeur de la Protection sociale – Mme MULLOT, Responsable du Département du Développement social.....	80

- <b>Caisse Nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) :</b> Dr ROUSSEAU, Médecin Conseil National adjoint — Dr TOSELLI, Responsable de la Division Hospitalisation Publique - Dr VUILLEMIN, Division médico-sociale.	82
- <b>Confédération Française Démocratique du Travail (CFDT) :</b> M. CADOT, Secrétaire Confédéral de l'Union Confédérale des Cadres CFDT – M. SENS, Union des retraités CFDT – M. PETITJEAN, Secrétaire Confédéral retraite et dépendance – M. GUILLE, Secrétaire Confédéral professions sociales – Mme NICOLE, Fédération santé/sociaux.....	84
- <b>Conseil supérieur du notariat :</b> Mme de CHAVAGNAC, Administrateur et responsable du Département des relations avec les institutions et le Parlement – Me COMBRET, Notaire – Me FROGER, Notaire.....	87
- <b>Association des Maires de France (AMF) :</b> Mme GOURAULT, Maire, Conseillère Générale du Loir-et-Cher – Mme BELHOMME, Chargée d'études à l'Association des Maires de France. ....	89
- <b>Fédération Hospitalière de France (FHF) :</b> M. LAJARGE, Secrétaire Général. ....	90
- <b>Force Ouvrière (FO) :</b> M. BLONDEL, Secrétaire Général – M. MALLET, Secrétaire Confédéral.....	92
- <b>Fédération générale des retraités de la fonction publique (FGRFP) :</b> M. MAURICE, Secrétaire Général – M. MICAELLI, Secrétaire National – M. TABARLY, Secrétaire National. ....	94
- <b>Union nationale des centres communaux d'action sociale de France et d'Outre-Mer (UNCCASF) :</b> M. KANNER, Président – Mme BOUBET, Secrétaire Générale.	95
- <b>Mouvement des entreprises de France (MEDEF) :</b> M. BAZILE, Président du Groupe Retraite – Mme BONAN, Administrateur de la CNAVTS – Mme CESARIE-WOLCH, Administrateur de la CNAVTS.....	97
- <b>Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA) :</b> M. BONNET, Vice-Président – Mme FRULEUX, membre du CNRPA – M. LEJEUNE, membre du CNRPA. ....	99
- <b>Direction de la Sécurité Sociale (DSS) :</b> M. BRIET, Directeur – Mme REBLE, Chef du Bureau des établissements de santé.....	101
- <b>Confédération Française Démocratique du Travail (CFDT), Fédération santé/sociaux :</b> M. TOURRISSEAU, Secrétaire Général du SYNCASS – Mme NICOLE, Secrétaire Nationale.....	103
- <b>Association des directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées (ADEHPA) :</b> M. CHAMPVERT, Président.....	105

- <b>Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) :</b> M. LEGRAND, Directeur.....	107
- <b>Assemblée des départements de France (ADF) :</b> M. MERCIER, Président du Conseil général du Rhône – M. CAZEAU, Président du Conseil général de la Dordogne – Mme CHAUMIN, Conseillère Technique de l'ADF.....	111
- <b>Centre de Liaison, d'Étude, d'Information et de Recherche sur les Problèmes des Personnes Âgées (CLEIRPPA) :</b> M. HECQUET, Président. ....	114
- <b>Fondation Nationale de Gérontologie (FNG) :</b> Mme LAROQUE, Présidente.....	116
- <b>Confédération Française des Travailleurs Chrétiens (CFTC) :</b> M. HOGUET, Vice-Président de la Fédération santé – M. MOISE –MIJON, Administrateur à la CNAVTS.....	118
- <b>Fonds de solidarité vieillesse (FSV) :</b> M. DHUICQUE, Président – M. VAN ROEKEGHEM, Directeur. ....	120
- <b>Organisation autonome du régime d'assurance vieillesse des professions industrielles et commerciales (ORGANIC) :</b> M. RENAULT, Administrateur National. ....	122
- <b>Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux (ONSIL) :</b> M. AFFERGAN, Secrétaire Général de Convergence Infirmière – M. LIVINGSTONE, Secrétaire Général adjoint – M. CHABOT, Trésorier national – Mme GODART, Trésorière adjointe. ....	123

**COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DE MONSIEUR SOUDET,  
PRESIDENT DE LA FEDERATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS D'AIDE A  
DOMICILE EN ACTIVITE REGROUPEE**

Le 20 janvier 2000 – 10 H.

La FNADAR remet au début de l'entretien le Livre Noir et le Livre Blanc sur la PSD rédigés par le comité de vigilance et rappelle la demande initiale de ce Comité, à savoir, la mise en place d'un cinquième risque de sécurité sociale.

**I – Les constats relatifs à la mise en œuvre de la P.S.D. :**

Parmi les dysfonctionnements du système, la FNADAR souligne les points suivants :

**1 – Un dispositif fermé, difficile d'accès**

Le nombre insuffisant de bénéficiaires de la P.S.D. peut s'expliquer notamment par un accès au dispositif qui se révèle :

- compliqué : montage complexe des dossiers de demande, enquête sur les ressources ..
- dissuasif : notamment en raison de l'existence de la récupération sur la succession qui entraîne une déperdition des demandes et un nombre important d'abandons en cours de procédure.

**2 – Un dispositif moins favorable et de moindre qualité**

. Le montant de la P.S.D., même maximum, ne permet pas de maintenir les prises en charge accordées au titre de l'aide ménagère à domicile financée par les caisses de retraite (pouvant aller jusqu'à 60 ou 90 heures par mois) : on constate une diminution du volume d'heures d'aide accordé pour les personnes transférées de l'aide ménagère vers la P.S.D..

. les tarifs de référence arrêtés par certains conseils généraux encouragent le recours au gré à gré et au mandataire qui, d'une part, n'assurent pas l'intervention de véritables professionnels formés et encadrés et, d'autre part, entraînent des responsabilités lourdes liées à la fonction d'employeur, particulièrement inadaptées pour le public concerné (notamment s'agissant des fins de contrat : la P.S.D. est suspendue en cas d'hospitalisation ou au jour du décès alors que le contrat de travail perdure : préavis et indemnités de licenciement).

**3 – Une information et une coordination insuffisantes**

Complexité pour les usagers et les associations chargées de les informer et de les assister dans le montage des dossiers de demande liée à l'existence de multiples systèmes d'aides obéissant à des règles différentes.

## II – Les aménagements proposés

La FNADAR n'exclut pas la gestion du dispositif par les conseils généraux mais demande une harmonisation des règles financières.

Elle envisagerait, parmi les sources de financement, ce que Madame GUINCHARD-KUNSTLER a proposé dans son rapport, à savoir, l'instauration d'une participation des bénéficiaires en fonction de leurs ressources.

La FNADAR demande que les mesures suivantes soient mises en œuvre à court terme :

- 1) l'augmentation du seuil de récupération sur les successions ;
- 2) le recours au prestataire pour la réalisation de l'aide apportée aux personnes bénéficiant de la P.S.D. ;
- 3) la simplification des démarches administratives pour accéder au dispositif de la P.S.D. (dossier de demande) ;
- 4) une harmonisation des pratiques départementales.

En revanche, la FNADAR :

- s'oppose à l'extension de la P.S.D. aux personnes relevant du groupes iso-ressources 4 au motif que cela constituerait un encouragement à faire appel à l'aide sociale avant d'en avoir besoin.

- se montre réticente à la création d'un fonds commun mutualisant les financements des conseils généraux et des caisses de retraite qui risquerait de remettre en cause l'action de prévention que permet le régime actuel de l'aide ménagère à domicile pour ne cibler que les personnes les plus dépendantes.

## COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DES REPRESENTANTS DE L'UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE SOINS ET SERVICES A DOMICILE

Madame MARTEL, Présidente

Monsieur COUDRON, Secrétaire Général

Monsieur VERNY, Directeur général

Le 26 janvier 2000 – 17 H.

Rappel de la position initiale de l'UNASSAD, toujours d'actualité, à savoir, la nécessité de s'orienter vers une prise en charge intergénérationnelle de la dépendance, entendue au sens large, à domicile. Par ailleurs, l'analyse selon laquelle la dépendance est souvent liée à des problèmes de santé conduit à considérer que celle-ci devrait être prise en charge dans le cadre de la protection sociale et non de l'assistance.

### I – Les constats relatifs à la mise en œuvre de la P.S.D.

De façon générale, l'UNASSAD considère que la gestion au niveau départemental n'est pas un gage de proximité : c'est l'organisation qui fait la proximité, pas la gestion.

Parmi les dysfonctionnements du système, l'UNASSAD souligne les points suivants :

**1) Aspects dissuasifs de la P.S.D. :**

- la récupération sur la succession qui, quel que soit le montant du seuil d'actif net successoral à partir duquel elle s'exerce, constitue le principal blocage à la demande de P.S.D. et entraîne un nombre important d'abandons en cours de procédure. Elle ne se justifie pas dès lors qu'il existe d'autres prestations (allocation compensatrice tierce personne) qui ne donnent pas lieu à une telle récupération.
- les plafonds de ressources sont trop bas ;
- le principe de dégressivité de la prestation conduit, après écrêttement, à un montant de prestation souvent trop faible.

**2) Un outil d'évaluation mal adapté :**

L'utilisation de l'outil AGGIR est critiquable. Elle donne en effet lieu à des interprétations différentes, y compris, dans un même département. L'outil, conçu à l'origine pour mesurer la charge de travail en établissement n'est pas adapté à l'évaluation de la dépendance à domicile. En outre, cet outil est trop simpliste car il n'intègre pas les données environnementales ; il ne prend pas suffisamment en compte les cas de désorientation psychique et l'analyse de la capacité de faire pose des problèmes quant à la situation des personnes aveugles.

Enfin, l'analyse est réalisée à un moment donné alors qu'elle conditionne un plan s'inscrivant dans la durée.

**3) Des tarifs d'intervention ne garantissant pas une intervention de qualité auprès de la personne âgée.**

Les tarifs de référence arrêtés par certains conseils généraux permettent des modes d'intervention très divers (prestataire, mandataire, gré à gré) dont certains ne sont pas adaptés à ce public.

## II – Les aménagements proposés

Dès 1989, l'UNASSAD avait préconisé la mise en place de fonds départementaux alimentés par tous les financeurs, à savoir, les conseils généraux, les caisses de retraite, et les usagers (qui dit protection sociale dit cotisations). S'agissant de l'évolution de la P.S.D., l'UNASSAD souhaiterait la mise en place d'une prestation de sécurité sociale financée par un fonds départemental, sans recours sur la succession, mais donnant lieu à versement de cotisations.

### Mesures d'étape envisagées

- 1) Le recours obligatoire aux services prestataires dans le cadre de la P.S.D. à domicile.
- 2) La mise en place à court terme d'un fonds départemental alimenté par tous les financeurs avec un système de péréquation entre les départements.
- 3) Récupération sur les successions

L'UNASSAD est opposée au recours sur la succession, dans l'optique d'une prestation sortant du champ de l'aide sociale ; à défaut, un seuil de 1 million de francs serait une avancée significative. En effet, les conditions de ressources de la P.S.D. sont déjà très restrictives.

### 4) Evaluation de la dépendance

Elargissement effectif de l'équipe médico-sociale aux associations d'aide à domicile

### 5) Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

- il apparaît nécessaire de développer les centres experts (50 en France à ce jour) ;
- en revanche, il n'est pas adapté de prévoir un dispositif spécifique à ces publics.

### Conclusion :

La seule extension de la PSD aux GIR 4 serait catastrophique.

COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DES REPRESENTANTS DE LA FEDERATION  
DES ASSOCIATIONS DE SOINS ET SERVICES A DOMICILE

Monsieur OLIVIER, Président de la FASSAD

Madame LEDUC, Directrice de la FASSAD

Monsieur ENNUYER, Directeur de l'association « Les Amis » affiliée à la FASSAD.

Le 27 janvier 2000 – 13H30.

**I – Les constats relatifs à la mise en œuvre de la P.S.D.**

**1) Le dérèglement du secteur de l'aide à domicile**

La FASSAD souligne que ce ne sont pas tant les conséquences en tant que telles de la P.S.D. qu'il faut analyser, mais les conséquences de la P.S.D. sur les politiques des régimes de retraite et, notamment la position très restrictive du conseil d'administration de la CNAVTS, qui, d'une part, a cessé de verser l'aide ménagère aux personnes relevant des GIR 1 à 3 et qui remplissent les autres conditions pour bénéficier de la P.S.D. et, d'autre part, a exclu tout droit d'option des usagers entre ces deux prestations.

Cette position des régimes de retraite a fortement déstabilisé le secteur de l'aide à domicile avec pour conséquence :

- une précarisation importante des aides à domicile ;
- des personnes âgées relevant aujourd'hui de l'aide ménagère des caisses de retraite qui ne sont plus aidées à hauteur de leurs besoins (les prises en charge de plus de 30 heures par mois sont devenues extrêmement rares).

Une première solution consisterait à donner une base légale à l'aide à domicile en la faisant entrer dans le champ de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales mais la question des financements (actuellement reposant sur l'action extralégale des régimes) reste entière.

**2) Le cinquième risque et la notion de handicap**

La FASSAD est favorable à la création d'un cinquième risque avec la mise en place de cotisations comme dans le système allemand. L'aide sociale apparaît en effet comme une « survivance » qui devrait disparaître.

La notion de « handicap » élargi, utilisé dans le Livre Blanc, s'inspire de la définition de l'O.M.S. qui se réfère aux notions de déficiences et d'incapacités. Dès lors que ce sont les conséquences du handicap qui importent et non ses causes, le « droit à la compensation » doit être ouvert à toute personne dans une situation de besoin d'aide, quel que soit son âge. Il n'y a donc pas lieu de traiter différemment les publics suivant leur âge. A cet égard, la P.S.D. constitue un « racisme anti-âge ».

## II - Les évolutions proposées

### 1) Suppression de la récupération sur la succession

L'augmentation du seuil de récupération n'aura pour seul effet que de rendre la PSD moins défavorable. Il est revanche impératif d'aligner le régime de cette prestation sur celui de l'allocation compensatrice pour tierce personne en supprimant toute récupération et en la remplaçant par un système véritablement solidaire, à savoir, la participation financière des personnes aidées en fonction de leurs ressources.

### 2) L'extension de la PSD à tous les groupes iso ressources et le cumul possible avec l'aide ménagère

La seule extension de la P.S.D. aux GIR 4 serait une catastrophe car elle ne ferait qu'aggraver les difficultés actuelles (dans la logique actuelle du régime général, il s'agira de gérer les besoins en aide ménagère des GIR 5 et 6 avec encore moins de moyens).

Il faudrait que la P.S.D. soit ouverte à toutes les personnes quel que soit leur groupe iso-ressources et que les prises en charge au titre de la P.S.D. puissent être complétées par l'aide ménagère des régimes de retraite, en fonction des besoins de la personne.

### 3) L'évaluation de la dépendance et du besoin d'aide

L'utilisation de l'outil AGGIR pour évaluer le besoin de la personne à domicile n'est pas adaptée. En effet, cet outil a été conçu à l'origine comme un instrument de mesure de la charge de travail en établissement. De plus, le groupe iso-ressources ne doit pas être la porte d'entrée unique dans le dispositif P.S.D. : seul le besoin d'aide importe.

Il est en revanche proposé de renforcer le rôle des professionnels composant les équipes médico-sociale en leur confiant la responsabilité d'évaluer le besoin d'aide de la personne et d'attribuer, sur la base d'une enveloppe financière, la quantité et la qualité d'aide nécessaires, un contrôle étant exercé a posteriori par les pouvoirs publics. Il s'agit de mettre en place un système de financement analogue à celui des services de soins infirmiers à domicile.

La mise en place d'un fonds départemental alimenté par l'ensemble des financeurs, outre le fait qu'il sera source d'une gestion complexe, posera également le problème de la péréquation entre les régimes de retraite.

### 3) Recours obligatoire aux services prestataires dans le cadre de la P.S.D.

S'agissant de financements publics, il est nécessaire de veiller à ce qu'une intervention de qualité soit assurée auprès des publics les plus fragiles.

**COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DES REPRESENTANTS DE  
L'UNION CONFEDERALE DES RETRAITES CGT**

Madame HENRI, Responsable U.C.R. CGT

Monsieur RELAVE, Collectif Retraite CGT

Madame HENRY, Collectif Confédération Retraite CGT

Madame SPIQUE, Fédération des organismes sociaux.

Le 27 janvier 2000 – 14H30.

**I – La nécessité d'une prestation légale dans le cadre de la protection sociale**

Les représentants C.G.T. réaffirment leur demande de mise en place d'une prestation légale d'assurance sociale qui constitue pour l'usager à la fois une garantie de l'accès aux soins et d'une égalité de traitement et, pour les intervenants salariés, une meilleure protection. Cette prestation légale trouve d'ailleurs écho chez les retraités de tous âges.

**1) Cette prestation légale ne doit pas être un cinquième risque**

Cette prestation ne saurait être un cinquième risque de sécurité sociale financé par une cotisation spécifique. Il s'agit en effet d'éviter, d'une part, que la sécurité sociale soit le seul acteur en terme de financement et, d'autre part, la multiplication des risques pour d'autres formes de dépendance ou de maladie.

**2) Proposition de financement**

Cette prestation légale pourrait être financée à l'aide des financements suivants :

- Les crédits précédemment affectés au financement de l'allocation compensatrice pour tierce personne ;
- l'économie résultant de la suppression des exonérations de charges patronales de sécurité sociale (130 millions de F.) ;
- le financement résultant de l'alignement des cotisations des employeurs sur celles des salariés ;
- l'imposition des revenus du patrimoine ;
- l'élargissement de l'assiette de calcul des cotisations de sécurité sociale par la prise en compte de l'ensemble des éléments constituant le salaire.

Enfin, s'agissant de la P.S.D. en établissement, l'Etat et les collectivités locales qui ont jusqu'à présent privilégié le financement d'autres équipements au détriment des établissements d'hébergement pour personnes âgées doivent participer au financement de l'amortissement et de l'investissement de ces établissements.

En revanche, les représentants retraités CGT se déclarent opposés à :

- une augmentation de la CSG ;
- toute participation financière des retraités ;
- une gestion par les conseils généraux en raison des disparités trop fortes qui en résultent.

## **II - Les étapes proposées**

- 1) Augmenter le seuil de récupération sur la succession, actuellement trop dissuasif.
- 2) Garantir des interventions de qualité auprès des publics les plus fragiles et mettre fin à la précarisation des personnels qu'engendre le recours à l'emploi direct.
- 3) Eviter que le système de la P.S.D., en focalisant sur la grande dépendance, n'aboutisse à l'abandon des interventions plus légères à caractère préventif qui sont indispensables au maintien à domicile des personnes âgées.
- 4) Porter une attention particulière aux personnes atteintes de cécité.
- 5) Une baisse de la TVA sur les produits lié à la dépendance.

**COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DES REPRESENTANTS  
DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES TRAVAILLEURS  
SALARIES**

Monsieur HERMANGE, Directeur de la CNAVTS,  
 Monsieur CADOT, CFDT – Président de la Commission des affaires sanitaires et sociales,  
 Madame BONAN, Administrateur de la CNAVTS,  
 Monsieur BOUDREAU, Directeur de l'Action Sociale Nationale,  
 Monsieur FILHON, Chargé de mission à la Direction de l'action sociale de la Région Ile-de-France.

Le 1<sup>er</sup> février 2000 – 15 H

**I – Les conséquences de la P.S.D. sur l'action sociale extra-légale de la CNAVTS**

**1 – La répartition des personnes en fonction de leur degré de dépendance**

La position du conseil d'administration de la CNAVTS, à savoir les principes de non cumul et de non option entre la P.S.D. et l'aide ménagère à domicile (A.M.D.) financée par la CNAVTS, avait été adoptée pour parer à tout risque de débordement et dans l'attente de voir l'évolution de la mise en place de la P.S.D..

Par ailleurs, l'A.C.T.P. n'était pas non plus cumulable avec l'A.M.D..

La prestation expérimentale dépendance mise en œuvre en 1995 dans 12 départements était une bonne expérience, inscrite dans le cadre de multiples financements (A.C.T.P. et prestation financée par les caisses de retraite) mais de nombreux obstacles s'opposaient à sa généralisation :

- gestion complexe
- absence de lisibilité et affichage médiatique au détriment des caisses
- coût du dispositif : le coût en année pleine en 1996 pour la CNAVTS s'élevait à 80 MF. Le coût de la généralisation était évalué à 1,2 Milliards, non disponibles.
- problèmes de péréquation entre les régimes de retraite dont les prises en charge ne sont pas d'un niveau équivalent ce qui représente une source d'inégalité pour les usagers.

**2 – L'évolution des prises en charge**

Si peu de personnes se sont retrouvées exclues de tout dispositif, le passage de l'A.M.D. à la P.S.D. a entraîné une régression des prises en charge, à la fois quantitative (la PSD ne permet pas de financer des prises en charge de 90 heures) et qualitative (les tarifs arrêtés par les conseils généraux ont encouragé le recours à l'emploi direct ne garantissant pas l'intervention de professionnels formés et encadrés).

De plus, afin d'éviter l'évaluation par l'outil AGGIR et la réorientation vers la P.S.D. de personnes lourdement dépendantes, les associations ont multiplié les demandes de prises en charge de moins de 30 heures puisqu'au delà de ce seuil, l'évaluation est systématique.

76

3 - La loi du 24 janvier 1997 a cependant apporté, comme élément positif, la coordination : 40 % des départements ont mis en œuvre une véritable collaboration entre les conseils généraux et les caisses.

## **II – Les perspectives d'évolution**

1 - La CNAVTS considère que la mise en place d'**un 5<sup>ème</sup> risque de sécurité sociale** ne sera pas la solution miracle pour régler tous les problèmes (l'exemple allemand n'est pas si satisfaisant que cela) et serait source de dérives financières. Il serait donc préférable d'adapter et de toiletter la loi du 24 janvier 1997.

### **2 - Les aménagements proposés :**

Le calibrage de la P.S.D. est trop serré et, de plus, la connotation « aide sociale » de cette prestation et les conséquences qu'elle implique sont perçues trop négativement par les usagers. Il s'agit donc d'en gommer les effets.

- Supprimer la récupération sur succession ou augmenter significativement le seuil.
- Attribuer la P.S.D. selon des conditions de ressources et instituer un ticket modérateur lié aux ressources.
- La gestion par les collectivités locales est légitime, mais il existe un problème de disparités entre les départements d'où la nécessité de mettre en œuvre des mécanismes de compensation entre départements (péréquation).
- Augmenter le montant de la P.S.D. afin de diversifier le contenu des plans d'aide qui se limitent trop au financement de l'aide ménagère (par exemple : adaptation du logement).
- Modes d'intervention : il ne faut pas imposer systématiquement l'intervention d'un prestataire afin de respecter le choix des familles mais il convient de réajuster à la hausse les tarifs d'intervention afin de favoriser des modes de prise en charge adaptés aux besoins et d'éviter de trop déstabiliser le prestataire. Nécessité de distinguer l'aide à la maison de l'aide à la personne.

Dans l'hypothèse d'une **extension de la P.S.D. aux GIR 4 et 5**, sur laquelle la CNAVTS n'a pas de position tranchée, les crédits précédemment affectés pourraient être consacrés aux projets suivants :

- aide à l'amélioration de l'habitat ;
- aide aux aidants (financement de structures d'accueil temporaire) ;
- développement d'une fonction d'expertise pour une meilleure évaluation des besoins.

Reste ouverte la possibilité de rediscuter, au sein du Conseil d'administration de la CNAVTS, du principe de non cumul entre P.S.D. et aide ménagère à domicile.

### 3 – Le financement

La CNAVTS est opposée à la proposition de Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER consistant à mettre en place un fonds départemental alimenté par les crédits des départements et des caisses en raison, notamment, de l'absence de visibilité de gestion et de maîtrise d'un tel dispositif.

En revanche, l'harmonisation nécessaire entre les politiques d'action sociale des différents régimes de retraite pourrait être financée par un fonds géré par la CNAVTS, alimenté par le FSV et les fonds d'action sanitaire et sociale des régimes.

#### Dernière remarque concernant les personnes classées en GIR4, 5 et 6 :

Il existe une disparité choquante entre les personnes les plus pauvres, qui relèvent de l'action sociale des conseils généraux (faibles prises en charge) et les personnes plus riches qui, lorsqu'elles dépendent du régime général, peuvent bénéficier de prises en charge pouvant aller jusqu'à 90 heures.

**COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DES REPRESENTANTS DE LA  
CONFEDERATION GENERALE DES CADRES**

Le 1<sup>er</sup> février 2000 – 16 H.

**Mme MORGESTERN, Secrétaire Nationale**

Mme VIGUIER, Déléguée nationale (maladie)

Mme BAIDY, Déléguée nationale (retraites)

M. GRULOIS, Président de l'Union des retraités

Mme RANCHIM, Conseiller technique

**I – La nécessité d'un 5<sup>ème</sup> risque de Sécurité sociale**

1 – Le cinquième risque

La CGC précise qu'elle n'est pas signataire du Livre Blanc.

Elle considère que la dépendance est un risque nouveau, supplémentaire, et que le 5<sup>ème</sup> risque est la seule façon d'éviter les inégalités : les cotisations sont acquittées par tous et tout le monde y a droit. On ne choisit pas d'être malade ou dépendant en fonction de ses ressources. En terme de financement, il est proposé la mise en place d'une cotisation de 0,5 % sur l'ensemble des revenus ou une augmentation de la C.S.G. de 0,2 ou 0,3 %.

2 – Notion de dépendance et de handicap

La dépendance est un handicap qui peut survenir à n'importe quel âge de la vie et qui nécessite une garantie de sauvegarde d'autonomie quel que soit l'âge.

La notion de handicap utilisée dans le Livre Blanc ne vise pas à remettre en cause les droits et avantages des handicapés plus jeunes mais à considérer que le handicap constitue seulement une strate dans la dépendance.

3 - Gestion de proximité

Le 5<sup>ème</sup> risque n'est pas exclusif d'une gestion de proximité.

Les départements, dans le cadre de leur mission d'aide sociale, pourront davantage investir le secteur des structures, de l'organisation de l'assistance, de la formation, de l'encadrement, de la surveillance ou de la sécurité, du développement des services de proximité.

**II – Les mesures d'étapes envisagées :**

1°) Suppression de la clause de récupération sur succession.

2°) Mise en place d'un ticket modérateur en fonction des ressources.

3°) Segmentation/progressivité des prises en charge adaptées aux besoins des personnes dépendantes par la mise en place de mesures très individualisées de prévention et de surveillance.

4°) Harmonisation de la gestion de la P.S.D. d'un département à l'autre.

5°) Intégration de la dimension de l'adaptation du logement dans l'évaluation des besoins.

6°) Développement de la formation des intervenants. Le concept d'aide à la personne doit supplanter celui de l'aide ménagère.

7°) Développement des formules d'accueil temporaires et intermédiaires

8°) Evolution de l'outil AGGIR qui n'est pas adapté à l'évaluation au domicile.

**COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DES REPRESENTANTS  
DE LA CAISSE ASSURANCE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE**

Monsieur RAVOUX, Président  
Monsieur POSTEL-VINAY, Directeur Général  
Monsieur BENOZIO, Conseiller

Le 1<sup>er</sup> février 2000 – 19 H

La CANAM (32 MdsF – 3 millions de personnes couvertes) a apporté des éléments financiers.

**I – Sources de financement possibles de la réforme**

**1) La constitution d'un fonds**

1. L'analyse des disparités entre les régimes particuliers (Fonction publique de l'Etat et régimes spéciaux), maladie et vieillesse, devrait permettre de réaliser des économies – de l'ordre de 5 milliards de francs par an - sur les écarts de dépenses importants existant actuellement entre ces régimes particuliers.

2. Il est possible d'abonder le Fonds de solidarité vieillesse en le finançant sur la croissance : dès lors qu'on a deux points de croissance et qu'on n'augmente les retraites que du coût de l'inflation, on a la base pour créer un fonds destiné à traiter les problèmes à 10 ans et plus.

3. La C.S.G. : on peut envisager de transformer un point de cotisations vieillesse en un point de CSG.

La réserve financière ainsi constituée pourrait financer la réforme de la prise en charge de la dépendance.

**2) Conditions de gestion de ce fonds**

Une gestion dynamique de ce fonds financera une montée en charge progressive de la réforme.

L'hypothèse que ce fonds alimente les départements les plus pauvres et serve à resserrer les écarts constatés actuellement ne paraît pas choquante.

Le fonds devrait être de préférence géré par les départements avec un système de péréquation tenant compte des disparités entre eux.

En revanche, la mise en place d'un fonds départemental alimenté par les conseils généraux et les caisses de retraite entraînerait une gestion commune difficile.

## **II – La troisième option envisageable**

Il pourrait être envisagé de favoriser la souscription par les générations intermédiaires d'une assurance-dépendance tout en aidant à la solvabilisation des souscripteurs par le biais, par exemple de déductions fiscales ...voire envisager un système de souscription obligatoire avec abondement par les caisses de sécurité sociale.

En revanche, il semble difficile à la CANAM de raccrocher la dépendance au risque vieillesse car la gestion de prestations en nature n'entre pas dans la tradition de la Sécurité sociale.

**COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DE L'UNION NATIONALE INTERFEDERALE  
DES ŒUVRES ET ORGANISMES PRIVES SANITAIRES ET SOCIAUX**

Monsieur Hugues FELTESSE, Directeur Général

Monsieur Alain VILLEZ, Conseiller technique chargé du secteur des personnes âgées.

Le 02 février 2000 – 14 H.

L'UNIOPSS est signataire du Livre Blanc. Elle rappelle que son analyse a été réalisée sans a priori mais à partir de situations concrètes et de constats.

Les caractéristiques retenues par l'UNIOPSS pour une bonne prise en charge de la dépendance sont les suivantes :

- une réponse adaptée au besoin de la personne,
- une prestation compatible avec les autres prestations,
- le recours à des professionnels expérimentés en évitant de salarier des personnes de la famille en dessous du 4<sup>e</sup> degré,
- placer les services d'aide à domicile dans le champ médico-social de la loi du 30 juin 1975,
- développer un rôle d'information, d'orientation, d'évaluation et d'élaboration d'un plan d'aide personnalisé.

**I - Un bilan de la P.S.D. « calamiteux »**

La P.S.D. a notamment entraîné :

1) une régression des prises en charges par rapport à l'ACTP mais aussi par rapport à l'aide ménagère dispensée par le régime général (CNAVTS) qui se désengage sur les cas « lourds »;

2) une perte de qualité des services rendus et une déstabilisation du secteur associatif due à l'encouragement du recours à l'emploi direct ;

Par ailleurs, la possibilité de salarier un proche parent au moyen de la PSD (actuellement environ 30 % des aidants) pose la question de la formation de ces aidants et aboutit à un travestissement des solidarités familiales.

3) une coordination gérontologique déficiente qui reste très formelle : le bilan des conventions conclues entre les conseils généraux et les caisses de retraite est très décevant car elles portent surtout sur la mise en œuvre du dispositif de la P.S.D. et néglige la dynamique de coordination des professionnels autour de la personne. De plus, ces coordinations ont exclu les services associatifs pourtant très investis sur ce secteur.

4) des conséquences désastreuses pour les prises en charge aide ménagère suite à la position adoptée par le conseil d'administration de la CNAVTS excluant tout cumul et tout droit d'option entre la PSD et l'aide ménagère à domicile.

**II – Les évolutions nécessaires**

Compte tenu des évolutions de la société française, l'aide sociale – subsidiaire - n'est plus le cadre adapté de prise en charge de la dépendance. A partir de ce constat, se pose le choix du recours soit à la sécurité sociale, soit à l'assurance privée, source d'inégalités.

- 1) Reconnaître la dépendance comme un risque de sécurité sociale : il ne s'agit pas forcément d'un cinquième risque, cette prestation pouvant relever de l'assurance maladie, comme de l'assurance vieillesse.
- 2) Nécessité de conserver une gestion de proximité qui ne passe pas obligatoirement par la gestion par les conseils généraux dès lors qu'on abandonne le cadre de l'aide sociale, réservée aux « économiquement faibles », pour passer à la sécurité sociale (exemple des Caisses d'allocations familiales qui assurent cette gestion de proximité).
- 3) Financement : il est possible pour le législateur de transférer les fonds consacrés par les départements à la dépendance au financement de la nouvelle prestation de sécurité sociale. En revanche, réticences de l'UNIOPSS quant à la mise en place d'un fonds départemental qui posera des problèmes de gestion et ne garantira pas forcément une meilleure couverture des besoins.
- 4) Intégration des services d'aide ménagère dans le champ de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- 5) Relancer la dynamique de la coordination à généraliser sur la base d'un service public en désignant clairement un chef de file et associer à ce processus les services intervenants sous peine de les reléguer ainsi que leur savoir-faire à un rôle de sous-traitant.

### *III - Quelles étapes intermédiaires*

L'UNIOPSS considère que la loi est difficilement amendable en l'état. Elle demande un changement clair par rapport à la loi actuelle.

- 1) Elargissement des conditions de ressources de la PSD par la mise en place d'un ticket modérateur ou taux de participation modulés (barème).
- 2) L'extension de la P.S.D. aux personnes classés en GIR 4, voire en GIR 5, complétée impérativement par un cumul avec l'aide ménagère légale ou extralégale. Reste cependant à régler la question des disparités entre les régimes de retraite.
- 3) Récupération sur la succession : l'augmentation du seuil constituera une avancée positive seulement si l'augmentation du seuil est significative (supérieur à 500.000 F). Il faut savoir néanmoins que les départements qui ont déjà procédé à une augmentation de ce seuil n'ont pas constaté une augmentation de la demande.
- 4) Augmentation de la part des aides techniques pouvant être financées dans le cadre de la P.S.D. à condition d'augmenter le montant maximum de la P.S.D. qui est actuellement insuffisant pour financer l'aide à domicile.
- 5) Généralisation des instances locales de coordination chargées d'informer, d'orienter les personnes âgées et leurs familles.
- 6) Mettre fin au salariat d'un membre de la famille en dessous du 4<sup>è</sup> degré, quitte à le remplacer par un système d'indemnité.

## COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DE LA DIRECTION GENERALE DES COLLECTIVITES LOCALES

Monsieur Didier LALLEMENT, Directeur.

Le 02 février 2000 – 16 H.

L'entretien porte essentiellement sur les aspects techniques du financement de la réforme et de l'intervention financière éventuelle de l'Etat. En effet, la mise en cohérence entre départements passe par la fixation d'un tarif : un plancher et une condition de ressources qui s'appliquent dans tout le pays. Cela implique une intervention financière de l'Etat pour réguler le coût et le surcoût liés à l'instauration d'un plancher pour les départements les plus pauvres notamment.

### **I – La mise en place d'un système de péréquation entre les conseils généraux : différentes pistes**

Il s'agit de trouver un mécanisme de péréquation permettant de rétablir une certaine égalité entre les départements, à partir du constat que certains cumulent à la fois un nombre élevé de personnes âgées et un potentiel fiscal faible.

#### **1) Une péréquation à partir de la Dotation globale de financement (DGF) n'est pas envisageable.**

La DGF, qui repose sur le potentiel fiscal superficiaire (potentiel fiscal par rapport aux km<sup>2</sup>), doit rester une dotation globalisée et ne doit pas servir à compenser certaines différences spécifiques. Elle ne peut prendre en compte la situation des personnes âgées sans déboucher sur la multiplication des critères en fonction des priorités de tel ou tel département ce qui la rendrait inopérante.

#### **2) Un mécanisme de compensation à partir de la Dotation globale de décentralisation (DGD) reste à expertiser.**

- La DGD est un solde correspondant au coût des transferts des compétences réalisés en 1982 et ajusté chaque année. Sa masse est limitée mais néanmoins suffisante au regard du coût estimé de la réforme de la prise en charge de la dépendance (environ 10 Mds de F.).
- Cette piste reste à creuser à condition que l'on puisse identifier, dans la DGD, les crédits transférés initialement aux départements comme correspondant au paiement de l'ACTP versée aux personnes âgées. En effet, s'il y a une masse au départ (1983), on peut l'indexer. Cette masse identifiée pourrait être affectée à un **fonds de compensation ou de péréquation spécifique** ou bien, solution alternative, complétée au sein de la DGD par une participation financière étatique.

3) Quel que soit le support envisagé, DGD ou fonds spécifique de péréquation, il est nécessaire que l'Etat s'engage financièrement

- La mise en place d'un fonds spécifique de compensation semble difficilement justifiable pour la DGCL car il existe de nombreux autres secteurs d'inégalités que celui de la prise en charge de la dépendance (logements sociaux, par exemple).
- Elle suppose, comme argument politique, une dotation de l'Etat ad hoc créée par la loi (un milliard de F. suffirait), affectée à ce fonds et abondée par la masse identifiée dans la DGD des crédits précédemment affectés au paiement de l'ACTP aux personnes âgées.
- Cette participation de l'Etat apparaît nécessaire quelle que soit la base retenue (DGD ou fonds spécifique de péréquation).

4) En revanche, l'idée d'un prélèvement spécifique fiscal doit être écartée.

II – Le mécanisme de redistribution

Une fois dégagée une masse de crédits susceptibles d'être affectés à la péréquation, il est possible de fixer un plancher minimum de P.S.D. et de calculer le surcoût en résultant pour chaque département.

Il reste à trouver un critère de répartition, un outil de mesure de la pauvreté suffisamment fin, pour ne cibler que les départements dans le besoin. Sur ce point, la seule référence au potentiel fiscal n'est pas forcément de signification.

La mise en relation des critères suivants pourrait être retenue :

- la mesure de la masse financière affectée à ce jour par chaque département à la P.S.D. ;
- le nombre de personnes concernées par la dépendance ;
- le montant moyen de P.S.D. versé ;
- et, pour affiner, le potentiel fiscal.

III – Le financement du cinquième risque

Dans l'hypothèse de la mise en place d'un cinquième risque de sécurité sociale, il faudra veiller à ne pas perdre les crédits consacrés actuellement par les conseils généraux au financement de la dépendance.

Il semble possible d'utiliser la même procédure que pour le financement de la C.M.U., à savoir la reprise des chapitres budgétaires des comptes des départements. Mais cette procédure est un peu brutale car elle ne tient pas compte des pratiques budgétaires des départements.

**COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DE MONSIEUR GAUTHIER  
DIRECTEUR DE L'ACTION SOCIALE**

Le 2 février 2000 - 20 H

**I - Constats et genèse de la loi - provisoire - du 24 janvier 1997 instituant une prestation spécifique dépendance**

★ 1993 : Echec des propositions des rapports SCHOPFLIN et BOULARD - en fait, l'amélioration de l'ACTP - inscrites dans le projet de la loi TEULADE-CATHALA, votée fin 1992 par l'Assemblée nationale, à la veille de l'alternance, et qui prévoyait un accompagnement financier insuffisant (1 milliard de francs par an pour abonder la DGF des départements pressentis pour gérer et servir la nouvelle prestation).

★ A la demande de Simone VEIL, au 1er semestre 1994, les services travaillent sur l'option 5ème risque (une prestation de sécurité sociale sans condition de ressources), portée par la DSS, dont le financement aurait été assuré par une augmentation de la cotisation d'assurance maladie des retraités (1,5 points = 8,4 Mds) et par une dotation budgétaire de l'Etat gagée par une réduction de la dotation générale de décentralisation (DGD). Le projet est abandonné à l'été 1994 en raison de la situation des comptes de la sécurité sociale.

★ En substitution, le Gouvernement décide de mettre en place, à compter de 1995, une expérimentation de la prise en charge des personnes âgées dépendantes dans 12 départements volontaires : ce sera la prestation expérimentale dépendance (PED) qui permettait d'abonder l'ACTP d'un montant équivalent, moyennant la mise en place d'un fonds prélevé à hauteur de 80 MF sur le fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASSPA) de la CNAVTS. La PED permettait, sans que cela pose problème, de mélanger des financements d'origine différente.

★ Il ne pouvait être question de rester sur un mode expérimental :

Le projet de loi CODACCIONI d'octobre 1995 instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes (PAPAD) prévoyait une prestation d'aide sociale servie et gérée par les départements, moyennant un concours financier de l'Etat d'une complexité incroyable dénoncée par le Conseil d'Etat. Il a été abandonné en novembre 1995 dans le cadre du plan de réforme de la sécurité sociale.

★ La commission des affaires sociales du Sénat réécrit le projet CODACCIONI : c'est la proposition de loi PSD, étayée sur le sentiment que l'Etat ne sait pas faire, que les sénateurs, eux, sauront faire et maîtriseront la dépense mise à la charge des conseils généraux. Le résultat ne peut, évidemment, être à la hauteur des attentes puisqu'il s'agissait de maîtriser le dérapage des dépenses d'ACTP, tout en "recyclant" les éléments forts de l'expérience PED : le plan d'aide et l'équipe médico-sociale

★ Le jugement doit être nuancé, au-delà du rejet général :

- les conseils généraux ont créé 700 à 800 emplois pour gérer la PSD,
- 
- il y a des inégalités flagrantes mais le secteur médico-social est peuplé d'inégalités plus graves encore (cf. AAH),
- la montée en charge est lente, mais la loi du 30 juin 1975 sur les handicapés s'est mise en place plus lentement encore.

Toutefois, la prestation "plafonne" désormais et n'ira guère au-delà de 130.000/140.000 bénéficiaires tandis que se poursuit l'érosion des titulaires de l'ACTP "personnes âgées". Au final, la PSD servira moins de bénéficiaires que l'ACTP et cela la condamne.

**II - Le 5ème risque, une querelle théologique ; une revendication confuse et incantatoire qui repose sur une conception nostalgique de la sécurité sociale**

- beaucoup de prestations d'assurance sociale affichent des plafonds de ressources,
- la notion de risque appelle le principe de cotisations
- la vraie dépendance ne peut être prise en charge par une prestation en espèce qui fait l'impasse sur l'offre de services, sur le rôle indispensable des aidants familiaux et sur les nécessaires réponses à leur apporter, sans se substituer à eux, si on ne veut pas favoriser l'institutionnalisation à grande échelle des personnes âgées dépendantes.
- il faut des aidants familiaux aidés et des services compétents et bien formés. Il faut cesser de confondre politique d'aide à l'emploi et politique d'aide à la personne : la première appelle la réduction des coûts et la solvabilisation des personnes ; la seconde le montage de dispositifs coordonnés d'aides spécifiques aux personnes dépendantes répondant à la demande et aux besoins constatés. Pour faire image, on n'envoie pas le chômeur de longue durée comme aide à domicile d'une personne âgée dépendante.
- il faut avancer sur l'articulation de la PSD et de l'aide ménagère à domicile (des caisses de retraite et de l'aide sociale des départements), qui représente 4 Mds utilisés en (large) partie pour des prestations de confort, et réfléchir à une prestation légale d'aide ménagère. Qui dit prestation légale, dit droits égaux et avantages équivalents, quel que soit le régime d'appartenance. Par conséquent, il faudra lisser les disparités entre les régimes, notamment abonder le régime agricole et les régimes spéciaux. Il faudra également gérer le problème politique : l'action sociale extralégale est la seule activité où les caisses ont encore une marge de manœuvre ; la mise en place d'une prestation légale sera vécue comme une dépossession par l'Etat, même si en l'absence d'élections pour les constituer, les conseils d'administration des caisses ont peu ou pas de légitimité.

### **III - Des solutions empiriques, une démarche pragmatique.**

**1** - La CNAV n'est pas loin d'admettre qu'elle sert des gens qui n'en ont pas besoin (si l'on se rapporte aux tranches hautes du barème de participation, il faut vraiment être attaché au service prestataire pour payer des travaux ménagers plus chers que ce que coûte un employé de maison). Le taux horaire est, par ailleurs, le pire des systèmes puisqu'il aboutit à un remboursement identique quel que soit le service rendu et sa qualité.

Ces constats doivent conduire :

- à recentrer l'aide ménagère à domicile sur les plus dépendants,
- à ne pas en rester à une prestation de services ménagers comme c'est trop souvent le cas,
- à permettre son cumul avec la PSD pour les situations de dépendance les plus lourdes et pour les bénéficiaires les plus défavorisés.

**2** - L'Etat doit également faire un effort supplémentaire, mais il apportera d'autant plus facilement sa contribution qu'il répondra aux problèmes de la dépendance et aura la certitude qu'il ne finance pas une prestation de confort.

#### **Alternatives**

- unifier tous les régimes de retraite pour les GIR 1,2,3,4 et laisser perdurer des différenciations pour les GIR 5 et 6 ou, en d'autres termes, créer une prestation légale limitée au GIR 4,
- dans l'hypothèse d'une prestation légale tous GIR confondus, il pourrait être envisagé de garantir un plancher qui ne serait pas aligné sur le niveau CNAV mais serait de moindre importance.

**3** - S'agissant de la PSD, qui est une prestation en nature reposant sur un plan d'aide, son homogénéisation et la résorption des disparités entre départements impliquent la mise en place de barèmes. Il devront néanmoins tenir compte de ce que les coûts ne sont pas uniformes sur tout le territoire et dégager des ratios pondérés en fonction du coût observé.

**4** - La perspective d'une prestation évoluant à 5 ans vers une prestation de sécurité sociale - moyennant cotisation et sous condition de ressources - n'est pas choquante. Néanmoins, le risque d'un désengagement des conseils généraux est réel, tout comme celui de leur affaiblissement par perte de substance et de compétences.

## COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DES REPRESENTANTS DE LA CAISSE CENTRALE DE MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE

Madame GROS, Présidente

Monsieur LENOIR, Directeur Général

Monsieur MEYER, Directeur de la Protection sociale

Madame MULLOT, Responsable du Département du Développement social.

Le 03 février 2000 – 12 H.

La CCMSA rappelle son attachement à la mise en place d'un cinquième risque de sécurité sociale.

### **I – Les constats relatifs à la mise en œuvre de la P.S.D.**

La CCMSA souligne notamment :

#### **1) Les exclus et les perdants de la P.S.D.**

- les personnes relevant du GIR 4 : elles vivent mal la césure à partir du GIR 4 qui les exclut de la P.S.D. et les fait relever de l'action sociale extralégale de leur régime de retraite.
- les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : un grand nombre ne remplit pas les conditions de dépendance pour bénéficier de la P.S.D. ;
- le passage de l'A.C.T.P. à la P.S.D. est trop complexe et entraîne souvent une diminution des droits, voire leur suppression.

#### **2) Les aspects dissuasifs du dispositif**

La récupération sur la succession et le recours contre les donataires constituent des freins psychologiques à la demande de la P.S.D..

#### **3) Les disparités départementales**, notamment en établissement, sont très mal acceptées par les usagers.

#### **4) La gestion de proximité**

De nombreuses caisses MSA ont mis à disposition leurs assistants sociaux afin d'aider les conseils généraux dans leur mission de gestion de proximité de la P.S.D., notamment par une aide au montage des dossiers de demande, la participation aux évaluations des demandeurs. Cette aide est apportée sans contrepartie financière.

#### **5) La mise en place de la P.S.D. a entraîné une augmentation de 20 % du fonds additionnel d'action sanitaire et sociale de la CCMSA d'où des difficultés financières.**

#### **6) Une coordination insuffisante**

La coordination prévue par la loi du 24/01/97 constitue une avancée mais elle s'est trop limitée à l'aspect financier des prises en charge. Il reste à mener une réflexion gérontologique commune portant notamment sur les réponses, en termes de services, apportées aux personnes âgées dans une approche intégrant la globalité de leurs besoins. On constate que la P.S.D

finance essentiellement de l'aide ménagère or il est nécessaire de prendre en compte d'autres dimensions (aide aux aidants, adaptation du logement ...) et de ne pas négliger la prévention.

## **II – Les aménagements proposés**

### **1) Vers un cinquième risque**

La CCMSA est favorable à la mise en place d'**un cinquième risque « intelligent »** et non d'un 5<sup>ème</sup> risque « guichet », source de dérives. En effet, il ne s'agit pas de créer une prestation légale, uniformisée, avec un tarif unique d'intervention : au contraire, il faut prévoir des négociations locales avec les prestataires de service, en fonction de la nature et de la qualité du service apporté à la personne ainsi qu'un remboursement sur la base des dépenses engagées. Il faut également associer les conseils d'administration des caisses à cette procédure.

La CMSA ne voit pas d'obstacle à ce que la prestation d'aide ménagère actuellement financée au titre de l'action sociale extralégale des caisses soit légalisée. De fait, elle est déjà perçue par les usagers comme une prestation légale. Reste néanmoins la question du financement nécessaire pour aligner les différents régimes.

#### **a) Les composantes du financement seraient les suivantes :**

- C.S.G.
- crédits des conseils généraux précédemment affectés à la P.S.D. ;
- recyclage des dépenses des régimes sociaux vieillesse et maladie car la coordination gérontologique permettra de réaliser des économies de crédits d'assurance-maladie et de les redéployer pour le financement de la dépendance.

#### **b) La gestion du risque**

S'agissant d'un risque de sécurité sociale, la gestion par les conseils généraux n'aurait plus de sens, dès lors que l'on sort d'une logique de subsidiarité, fondement du transfert de compétence dans le cadre de la décentralisation.

### **2) Les étapes intermédiaires**

- l'extension de la P.S.D aux GIR 4 ;
- l'augmentation du seuil de récupération sur les successions ;
- l'harmonisation des pratiques départementales.

**COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DES REPRESENTANTS  
DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE  
DES TRAVAILLEURS SALARIES  
(échelon médical central)**

Dr ROUSSEAU, Médecin Conseil National adjoint,  
Dr TOSELLI, Responsable de la Division Hospitalisation publique,  
Dr VUILLEMIN, Division médico-sociale.

Le 7 février 2000 – 16 H

La CNAMETS constate, de façon générale, que l'assurance-maladie s'est essentiellement investie sur le champ des maladies aiguës des âges moyens, au détriment des deux secteurs que sont les handicapés devenus adultes et les personnes âgées qui « risquent » la dépendance. Cela n'a pas empêché une réflexion médicale, notamment sur l'élaboration d'outils de la mesure de la dépendance et de la charge en soins.

*I – Le bilan de la P.S.D. et ses conséquences*

- Constat de segmentation, d'anarchie, d'une logique de l'offre de services l'emportant sur la logique de besoin.
- « Aberration » de la position adoptée par la CNAVTS qui supprime les prises en charge d'aide ménagère aux personnes les plus dépendantes (GIR 1 à 3) alors que ce sont celles qui justifient le plus le cumul de la P.S.D. (aide aux actes essentiels) et de l'aide ménagère (aide aux actes ordinaires de la vie).
- nécessité d'améliorer la situation de la P.S.D. en établissement pour une plus grande justice entre personnes hébergées.

**II – Les perspectives d'évolution**

**1) Pour une notion de handicap élargi**

Le concept de la dépendance est une spécificité française.

D'emblée, il apparaît nécessaire d'élargir la réflexion relative à la prise en charge de la dépendance et de ne pas la limiter à la population âgée dépendante mais d'aborder le handicap de façon plus large, en reconnaissant notamment aux personnes âgées un droit à compensation, tel qu'il tend à s'imposer dans le secteur du handicap.

Par ailleurs, nous nous trouvons dans une période transitoire, d'évolution, et les réflexions ne peuvent aboutir qu'à des solutions d'attente.

En revanche, il est vrai que la mise en œuvre effective d'un traitement unique et global handicap/dépendance poserait, en l'état actuel, des difficultés. La logique de clan l'emporte.

### Pour un cinquième risque

Sur le plan des principes, la création d'un cinquième risque dépendance ne serait pas choquante. Elle repose sur une conception plus globale qui considère que la dépendance peut survenir à n'importe quel moment de la vie, en raison de pathologies ou de l'âge.

Il est vrai que l'assurance maladie est traditionnellement assise sur le travail où s'ouvrent des droits par le travail. Mais une première brèche a été ouverte avec la C.M.U. et la notion d'ayant-droit se dissocie de plus en plus de celle de travail, c'est l'état de santé qui doit primer pour obtenir telle ou telle prestation.

En revanche, l'instauration d'un cinquième risque peut poser des problèmes par rapport à la répartition des compétences entre l'Etat et les conseils généraux telle qu'elle résulte de la décentralisation ; par ailleurs se pose également la question de la frontière entre la maladie et l'accompagnement (dépendance). Cette frontière est difficile à trouver car les interventions des secteurs sanitaire, médico-social et social sont étroitement imbriquées dans la prise en charge de la dépendance. Il pourrait cependant en résulter un transfert de charges de l'assurance maladie vers le risque dépendance.

Le cinquième risque rendrait le panorama des prises en charge plus cohérent, quel que soit le moment de survenance du handicap ; en effet, aujourd'hui, l'assurance maladie assure des prises en charge sous forme de prestations jusqu'à l'âge de 60, voire 65 ans (invalidité, tierce-personne, AAH ...) mais n'intervient plus que pour les soins après cet âge.

L'objectif est d'obtenir un système intégrant à la fois le handicap et la dépendance et visant un dispositif plus juste et plus satisfaisant permettant une mutualisation des compétences des professionnels et des financements.

En revanche, un tel système de prestation unique pour tous les publics ne pourra faire l'économie d'une spécialisation professionnelle selon le public pris en charge.

- financement :

Il sera indispensable de recycler les fonds des conseils généraux et des caisses de retraite pour financer ce risque nouveau.

Il semble difficile de raccrocher le risque dépendance à l'assurance vieillesse.

### III - Une étape intermédiaire : le fonds commun

Le rapport THIERRY/HESPEL propose une alternative intéressante au cinquième risque, qui peut également constituer une modalité transitoire, à travers le fonds commun de financement.

L'étape intermédiaire, avant le cinquième risque, pourrait être une mutualisation des moyens, financiers et, professionnels, s'inscrivant dans une approche de prise en charge à la fois plurielle, individualisée et graduelle en fonction des besoins. Ce fonds commun départemental, cofinancé par tous les financeurs, y compris l'Etat, éventuellement à partir de participations forfaitaires, serait un outil de cohérence et de responsabilisation des financeurs.

## COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DES REPRESENTANTS DE LA CONFEDERATION FRANCAISE DEMOCRATIQUE DU TRAVAIL

Paul CADOT, CFDT – CNAV – AGIRC,  
 Jacques SENS, Union des retraités CFDT,  
 A. PETITJEAN, Secrétaire confédéral retraite et dépendance,  
 Jacques GUILLE, Secrétaire confédéral professions sociales,  
 Maryvonne NICOLE, Fédération santé/sociaux.

Le 8 février 2000 – 20 H

La CFDT souligne le problème considérable généré par les départs en retraite massifs à partir de 2005 et précise qu'elle n'a pas de position figée quant à la mise en place d'un cinquième risque de sécurité sociale. Ce qui lui paraît essentiel c'est que la prestation soit attribuée de façon égale sur le territoire national, les conseils généraux pouvant assurer un rôle de proximité, et non que ce soit obligatoirement une gestion par la sécurité sociale.

### **I – Le constat de la mise en œuvre de la P.S.D.**

La CFDT fait part des insuffisances de la P.S.D., notamment en ce qui concerne :

- le plafond des ressources fixé à un niveau très bas,
- le montant de la PSD versé trop faible pour financer les plans d'aide à hauteur des besoins,
- l'articulation avec l'aide ménagère à domicile (A.M.D.) très défavorable,
- la professionnalisation insuffisante des métiers de l'aide à domicile.

Le dispositif PSD actuel repose sur une logique d'heures emploi, qui a primé sur la logique de la qualité de la prise en charge et a entraîné :

- le contournement du circuit professionnel et le recours à l'emploi direct, avec pour conséquence une perte de qualité en termes de service rendu,
- une instabilité statutaire pour les salariés : cumul de statuts pour une même aide à domicile, selon le bénéficiaire de l'aide, avec les précarités liées à l'emploi direct (formation, préavis etc...),
- des obligations lourdes pour les personnes âgées employeurs avec une augmentation sensible des contentieux Prud'hommaux.

Il est important de ne pas déconnecter la réforme de la P.S.D des autres dispositifs existants : réforme de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales, les schémas départementaux, la coordination,.... En effet, il faut lier le secteur personnes âgées aux outils de la planification.

### **II – Propositions d'amélioration**

Dans l'hypothèse de la création d'une prestation de sécurité sociale, la CFDT propose de financer cette prestation par une augmentation de la CSG sur les retraites, pour la porter des 6,2 % actuels aux 7,5 % appliqués aux revenus d'activité.

### 1°) Proposition d'un dispositif intermédiaire :

Une harmonisation de la PSD et de l'aide ménagère à domicile est indispensable.

#### - Aide ménagère à domicile :

La CFDT est favorable à la légalisation de l'AMD qui suppose une compensation financière entre les régimes de retraite : le FSV, qui a pour mission de financer les avantages de vieillesse à caractère non contributif, pourrait être sollicité pour résorber les disparités entre régimes. Actuellement financé par 1,3 points de CSG et divers droits (sur les boissons) et taxes, il est légèrement excédentaire.

#### - Prestation spécifique dépendance :

Il faudrait mettre en place un tarif obligatoire opposable aux conseils généraux pour harmoniser et envisager un plafond évolutif en fonction du groupe Iso-ressources

Les deux dispositifs étant ainsi harmonisés et cohérents entre eux, il serait loisible, le cas échéant, d'en retracer les frontières. Ce système, qui relève d'une logique sécurité sociale serait plus égalitaire et plus juste tout en maintenant les financements des conseils généraux.

- Limites à ces propositions :

  - \* Problème de financement pour les deux dispositifs PSD et AMD ;

  - \* Sur le plan technique, le régime des exonérations fiscales complique le sujet ;

  - \* Problème de l'autorité de l'Etat et de sa difficulté à faire respecter les lois et règlements : insuffisance du contrôle de légalité et nécessité de le renforcer ;

  - \* Ces mesures ne vont pas emporter l'adhésion immédiate de tout le monde ;

  - \* On aboutit à un système nouveau : ce n'est plus l'aide sociale, ce n'est pas la sécurité sociale mais ça lui emprunte avec la mise en place d'un ticket modérateur.

- Remarques :

L'extension de la PSD au GIR 4 et 5 avec le maintien de l'aide ménagère à domicile des caisses de retraite uniquement pour le GIR 6 serait catastrophique.

A priori, il ne semble pas adapté que les CRAM soit écartées de l'action sociale auprès des personnes âgées. C'est une question de légitimité.

## **2°) Autres propositions**

En ce qui concerne les modes d'intervention, il s'agit de préserver la liberté de choix des usagers entre le recours au prestataire ou le recours à l'emploi direct tout en veillant à ce que le mode d'intervention soit adapté aux besoins de la personne.

Il est nécessaire d'harmoniser la fiscalité à domicile et en établissement (réductions d'impôt).

**COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DES REPRESENTANTS  
DU CONSEIL SUPERIEUR DU NOTARIAT**

Mme Aude de CHAVAGNAC, Administrateur et responsable du département des relations avec les institutions et le Parlement au C.S.N.,

Me COMBRET, Notaire à Rodez, rapporteur général du Congrès national des notaires (Marseille 1999),

Me FROGER, Notaire à Vierzon et rapporteur de la deuxième commission au Congrès national des notaires (Commission des solidarités familiales et de l'action sociale).

Le 9 février 2000 – 15 H

Le congrès national des Notaires qui s'est tenu en 1999 sur le thème de la famille a notamment abordé, dans le cadre de sa deuxième commission, la question des solidarités familiales et des aides de la société. L'idée générale qui s'est dégagée des réflexions menées est que toute réforme de la prise en charge de la dépendance – question qui représente un enjeu stratégique pour la famille de demain - doit continuer à impliquer les familles, l'aide de la société n'intervenant, en principe, qu'à titre subsidiaire.

**I – Le bilan de la P.S.D. sous l'angle des recours sur succession et donation**

**1) Recours sur donation**

Au vu de l'expérience professionnelle des intervenants, il résulte les éléments suivants :

- il convient de relativiser l'aspect dissuasif que représente l'existence de ce recours. En effet, vu la multiplication des mesures incitatives, notamment en matière de donation, il y aurait peu et il y aura de moins en moins, compte tenu de l'âge moyen des bénéficiaires de la P.S.D., de personnes entrant dans les conditions du recours sur donation (donation intervenue dans la période de 10 ans précédant la demande de P.S.D.), la transmission des biens s'opérant bien avant 75 ans, autour de 65/70 ans.
- l'existence d'un tel recours ne semble pas poser autant de difficultés qu'on le dit, en revanche, il a mis en exergue les incohérences existant entre les différents systèmes et incité certaines personnes à « organiser leur appauvrissement ».

**Recours sur la succession**

- Il existe des pratiques départementales trop différentes s'agissant du calcul de l'actif net successoral.
- Les conseils généraux ont de réels problèmes d'information pour pouvoir mettre en œuvre ces recours d'où l'interrogation sur la pertinence de leur maintien.

## **II- Propositions d'amélioration du dispositif**

### **1) Simplifier, harmoniser, rendre la P.S.D. cohérente avec les autres prestations existantes**

Il s'agit de ne pas traiter le problème de la dépendance au seul regard de la P.S.D. mais, au contraire, d'inscrire cette réflexion dans le dispositif global des aides sans oublier le secteur de l'assurance privée et des avantages fiscaux qui y sont attachés.

Il apparaît nécessaire, dans cette logique, de :

- Définir juridiquement la dépendance ;
- Relever les plafonds du recours sur succession à 500 000 F, ce qui permet de cibler l'aide sur les personnes ayant de plus faibles revenus, mais aussi d'harmoniser les règles de recours avec celles de l'allocation compensatrice pour tierce personne, enfin revoir les modalités de calcul de l'actif net successoral ;
- Mettre en place un système d'information, permettant aux notaires d'aider les conseils généraux à mettre en œuvre les diverses récupérations.

### **2) Légaliser le système des créances d'assistance.**

Encourager la solidarité familiale et reconnaître l'aide apportée par l'enfant qui prend en charge l'ascendant devenu dépendant en lui reconnaissant une créance. Il serait intéressant de légaliser, d'imposer sur le plan juridique, la jurisprudence de la Cour de Cassation sur la créance d'assistance qui date de 1994 mais, malheureusement, n'a qu'une base contentieuse.

## COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DES REPRESENTANTS DE L'ASSOCIATION DES MAIRES DE FRANCE

Mme GOURAULT, Maire, Conseillère générale du Loir-et-Cher et Conseillère régionale de la région Centre,

Mme BELHOMME, Chargée d'études à l'Association des Maires de France.

Le 9 février 2000 – 16 H

De façon générale, les élus attendent une réforme de la P.S.D. et la mise en place de la prestation d'autonomie annoncée par la loi du 24 janvier 1997 sans avoir pour autant une position tranchée sur la nécessité d'inscrire cette prestation dans le cadre de la sécurité sociale.

### **I – Le bilan de la mise en œuvre de la P.S.D.**

Parmi les effets négatifs du dispositif, l'AMF souligne notamment :

- L'effet de seuil intolérable pour les personnes classées en GIR 4 résultant de la limitation de la P.S.D. aux GIR 1 à 3,
- Les plafonds de ressources trop bas,
- Les pertes de droits par rapport à l'allocation compensatrice pour tierce personne,
- Les disparités départementales concernant les tarifs de P.S.D. en établissement,
- La perte de qualité en terme de services rendus par le recours trop fréquent à l'emploi direct.

### **II – Les réformes attendues**

Il n'y a pas de position unique de l'AMF sur la nécessité, ou pas, de mettre en place un cinquième risque de sécurité sociale. En revanche, les élus sont d'accord pour considérer qu'il est nécessaire de procéder à des améliorations du dispositif, notamment par :

- l'extension de la P.S.D. au GIR 4,
- l'augmentation du seuil de récupération sur la succession
- augmentation des plafonds de ressources
- adapter l'outil d'évaluation de la dépendance,
- mettre fin aux inégalités départementales.

## COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DES REPRESENTANTS DE LA FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE

Le 14 février 2000 – 17 H 30.

### **M. Eric LAJARGE, Secrétaire Général**

La FHF, signataire du Livre Blanc, intervient essentiellement sur le volet P.S.D. en établissement.

De façon générale, la FHF ne lie pas l'aboutissement de la réforme en EHPAD à la mise en place d'un cinquième risque de sécurité sociale. L'objectif n'est pas de focaliser sur la mise en place immédiate d'une prestation d'autonomie mais d'œuvrer pour arriver à une meilleure solvabilisation des usagers.

#### *I - Bilan de la mise en œuvre de la P.S.D. en établissement*

Trois éléments majeurs préoccupent le secteur des établissements :

- la régulation de l'intervention des libéraux en établissement ;
- l'aspect qualité en établissement et la question de son financement ;
- le déport de charges vers les usagers qu'entraînerait la réforme de la tarification, si la version actuelle est maintenue, et le délicat problème à gérer avec les familles.

C'est pour cela que la FHF est favorable aux propositions de modification de la réforme de la tarification dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées visant à limiter le déport de charges vers les usagers.

Par ailleurs, le dispositif actuel comporte plusieurs facteurs de découragement :

- la récupération sur les successions
- la constitution du dossier et l'appréciation des ressources trop complexes
- le manque d'information, d'assistance, d'aide au montage des dossiers par l'établissement, souvent lié au manque de temps et de personnel.

#### *II – Evolutions attendues*

**SIMPLIFIER** : règle de base de la FHF.

Par ailleurs, la réforme sera considérée comme aboutie, en établissement, lorsque la P.S.D. sera égale au tarif dépendance, ce qui suppose de donner plus de moyens à l'assurance maladie pour qu'elle prenne en charge l'ensemble des soins en établissement.

#### ***Financement et gestion à venir***

S'agissant de la réforme de la P.S.D., il apparaît important de ne pas écarter les conseils généraux de la prise en charge de la dépendance. Ils ont un rôle reconnu notamment dans le cadre des schémas des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

De même, on ne pourra faire l'économie dans le financement de la réforme, outre les financements actuels des conseils généraux, d'une contribution de l'Etat destinée à mieux couvrir la dépendance en établissement, par exemple, par un abondement de 0,5 % de C.S.G.

Et pourquoi pas, à terme, une prestation de sécurité sociale gérée par les départements ?

A titre transitoire, il serait envisageable de mettre en place une péréquation départementale et de compléter le financement de la prise en charge de la dépendance en établissement par un début de solidarité nationale qui permettrait à la fois de médicaliser les établissements et de mieux solvabiliser les personnes hébergées.

Cependant, la FHF s'inquiète pour l'avenir, notamment au regard du problème de l'ACTP qui n'était pas versée en établissement par certains conseils généraux, de la capacité de l'Etat à obtenir des départements l'application de la loi, surtout si ses attendus sont plus contraignants et imposent de financer plus de P.S.D. que certains ne le font actuellement.

En conclusion, la FHF est favorable à une prestation à financement mixte et gérée localement.

## COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DES REPRESENTANTS DE FORCE OUVRIERE

Le 15 février 2000 – 15 H.

**M. BLONDEL**, Secrétaire Général  
 M. MALLET, Secrétaire confédéral.

*I – Axes de réflexion*

- 1) Le problème des personnes âgées n'est pas exclusivement le problème des retraites mais celui des retraités et donc, notamment, de la dépendance.  
 Compte tenu de l'évolution démographique de la France, il est plus que jamais urgent de développer la prévention, notamment dans le secteur médical, afin d'éviter toute forme de rejet ou de ghetto.
- 2) Le financement de la dépendance se pose de façon aiguë en établissement d'hébergement pour personnes âgées, où il devient impératif d'exercer un contrôle plus pointilleux et de baisser le prix d'hébergement.
- 3) La notion de dépendance est liée au vieillissement de la personne et doit rester distincte de la notion de handicap.

*II – Bilan de la PSD et propositions d'évolution*

La loi du 24 janvier 1997 a le mérite d'exister même si elle ne répond pas aux ambitions de départ. Cependant, une réforme complète s'impose aujourd'hui car il faut donner de l'ampleur à ce dispositif dont le bilan met en lumière plusieurs dysfonctionnements :

- à ce jour, 4 départements n'ont toujours pas signé la convention de coordination prévue à l'article 1<sup>er</sup> de la loi ;
- l'outil AGGIR convient mais il faut veiller à ce que l'expertise médicale précède et prime l'expertise sociale ;
- les plafonds de ressources sont trop bas ;
- le principe de récupération sur les successions n'a plus lieu d'être dès lors que la dépendance est liée à la maladie et doit être traitée comme un risque de sécurité sociale.

F.O. est très favorable, comme elle l'était au moment du vote de la loi, à la mise en place d'une **prestation légale gérée par la sécurité sociale**, l'objectif étant, face au vieillissement de la population et aux progrès concernant l'espérance de vie, d'offrir à tous le droit de vivre le plus longtemps et le plus dignement possible.

Financement du cinquième risque et proposition d'organisation :

Que cette prestation légale de sécurité sociale relève de la maladie ou de la vieillesse, il est important d'associer les conseils généraux. S'agissant des crédits affectés au financement de la P.S.D., il pourrait être envisagé de recourir à des conventions passées entre les départements et les caisses de sécurité sociale. Par ailleurs, une commission mixte

d'attribution pourrait être constituée réunissant les représentants des départements et de la sécurité sociale.

Enfin, la suppression du recours sur la succession pourrait être remplacée par la mise en place d'un ticket modérateur, fonction des ressources des usagers.

S'agissant des disparités existant entre les régimes de retraite pour le financement de l'aide ménagère à domicile des GIR 4, 5 et 6, Force Ouvrière n'est pas favorable à la légalisation de l'aide ménagère à domicile financée par les régimes de retraite. Il apparaît plus adapté de compenser les régimes les plus « pauvres » par la solidarité nationale.

Enfin, Force Ouvrière n'est pas opposée à la mise en œuvre d'un processus conduisant, à terme, à une prestation légale attribuée à tous selon le degré de dépendance.

## COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DES REPRESENTANTS DE LA FEDERATION GENERALE DES RETRAITES DE LA FONCTION PUBLIQUE

M. MAURICE, Secrétaire Général,  
M. MICAELLI, Secrétaire National,  
M. TABARLY, Secrétaire National.

Le 15 février 2000 – 16 H 30

### **I – L'objectif recherché : une prestation de sécurité sociale**

La Fédération fait part des insuffisances de la P.S.D. qui est un échec, notamment si l'on compare le nombre de bénéficiaires à celui des personnes âgées dépendantes.

Elle demande l'abrogation de la loi du 24 janvier 1997 et le vote d'une nouvelle loi instituant une prestation de sécurité sociale, qui n'est pas forcément un cinquième risque, source de lourdes administratives, prenant en charge le handicap des personnes dépendantes quels que soit l'âge et la nature du handicap. Cette prestation pourrait être gérée par les caisses d'allocations familiales qui s'occupent de plusieurs tranches de vie.

Elle précise enfin que le Livre Blanc a suscité des débats et des réticences au sein de l'organisation, notamment s'agissant de traiter la dépendance dans le cadre d'une notion de handicap élargie.

### **II – Les évolutions envisagées**

La Fédération est consciente de la nécessité de procéder par étapes, l'objectif final recherché étant une égalité de traitement à travers une prestation autonomie de type sécurité sociale.

Elle est par conséquent ouverte à une concertation portant sur des propositions d'évolution, la mise en place d'un processus qui s'inscrit dans cette logique. En revanche, il ne faudrait pas que le financement de cette réforme incombe majoritairement aux usagers.

La Fédération ne s'oppose pas catégoriquement à une gestion du dispositif par les conseils généraux, à condition que celle-ci soit plus cadrée pour que cessent les disparités actuelles.

Par ailleurs, elle insiste sur la nécessité de modifier le calcul des ressources et d'adopter comme base de calcul, le revenu net fiscal, ce qui implique d'abandonner l'évaluation fictive du patrimoine.

Enfin, s'agissant d'une éventuelle légalisation de l'aide ménagère financée par les caisses de retraite, la Fédération s'interroge sur les conséquences d'un rétrécissement des pouvoirs des conseils d'administrations des caisses.

**COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DES REPRESENTANTS DE  
L'UNION NATIONALE DES CENTRE COMMUNAUX D'ACTION SOCIALE**

**M. Patrick KANNER, Président**

Mme Christine BOUBET, Secrétaire générale.

Le 16 février 2000 – 15 H .

M. Kanner rappelle l'importance politique de ce dossier qui concerne un million de personnes et leurs familles et se réjouit de ce que la mission a été confiée à un maire.

Il précise par ailleurs que la position qu'il défend fait l'objet d'un consensus général au sein de l'UNCCAS, quels que soient les clivages politiques.

A la différence de la position défendue par la Ministre de l'emploi et de la solidarité qui souhaite ne pas dédouaner les familles de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées et qui, de ce fait, cautionne l'aide sociale qui renvoie à cette notion d'obligation, l'UNCCAS considère qu'embêter les familles, notamment avec les recours sur succession, c'est au contraire les désinciter, les déresponsabiliser. En réalité, les personnes âgées ne veulent surtout pas dépendre de leurs enfants.

Enfin, dans la logique du Livre Blanc, il s'agit de défendre le handicap et non la dépendance qui laisse entendre que les personnes âgées sont dépendantes d'un élément exogène alors que la dépendance est liée à l'âge.

**Les propositions de réforme**

**1) Les principes généraux**

Pour Monsieur KANNER, il est essentiel que la mission confiée à Monsieur SUEUR n'aboutisse pas simplement à faire patienter jusqu'à l'élection présidentielle. Cette mission doit se traduire par un véritable processus et des engagements dans le temps. Elle doit déboucher sur un rapport opérationnel.

Par ailleurs, il est important de faire primer l'intérêt général sur les réactions corporatistes. Ainsi, certains présidents de conseils généraux craignent que le retrait de la gestion de la dépendance ne les prive d'une compétence de plus : mais on ne mesure pas les efforts et la pertinence d'un département par rapport aux milliards qu'il gère mais par rapport aux actions menées. C'est dans la qualité que réside la plus-value de l'action des départements. Or, la logique de guichet qui prime actuellement dans l'action des conseils généraux dans le secteur de la dépendance n'a aucune valeur qualitative. Le qualitatif, c'est l'accompagnement. L'exemple de la C.M.U. qui permet de faire remonter les crédits des départements et de sortir d'une logique inégalitaire pourrait être reprise dans le cadre de la prise en charge de la dépendance.

Enfin, il manque aujourd'hui une véritable réflexion gérontologique : la dernière réflexion globale date de la circulaire Francheschi de 1981. L'UNCCAS propose que la Comité national de coordination gérontologique devienne le conseil spécialisé des questions de gérontologie.

**2) Les étapes envisagées**

Il apparaît possible de procéder par étapes à condition qu'il y ait des engagements clairs et inscrits dans le temps.

a) Evolution de la P.S.D.

- Il faut dissocier les financements et confier à la sécurité sociale, sur le plan financier, la gestion de la prestation qui serait une prestation complémentaire de la retraite. Il faut séparer les aspects financiers du plan d'aide et de l'accompagnement.

- Les conseils généraux ont une mission d'accompagnement social qu'il ne faut pas supprimer. Il conviendrait de leur laisser une partie de leurs financements actuels (20 % par exemple) afin qu'ils poursuivent cette mission qualitative d'accompagnement, de coordination gérontologique des acteurs de terrain et de prévention. Il faut leur laisser cette plus-value.

- Il faut supprimer le recours sur la succession : le département du Nord, qui est le 3<sup>ème</sup> département en terme de dépenses de P.S.D. par habitant, a pris des mesures d'amélioration du dispositif, notamment en augmentant le seuil de récupération sur la succession ; pourtant les demandes n'augmentent pas car c'est le principe même du recours qui crée ce blocage. De plus, on aboutit à une double comptabilité des ressources dès lors qu'elles sont déjà prises en compte dans le cadre des plafonds de ressources.

En revanche, l'UNCCAS est favorable à ce que les revenus des personnes soient pris en compte mais de façon individualisée.

b) L'aide ménagère à domicile des GIR 4, 5 et 6

Il est indispensable d'homogénéiser les disparités de financement de l'aide ménagère entre les régimes de retraite. Mais la seule extension de la P.S.D. aux personnes classées en GIR 4, dans les conditions actuelles, créerait des difficultés à l'ensemble des associations d'aide à domicile.

c) Financement

Il pourrait être envisagé d'affecter 0,25 voire 0,5 point de C.S.G. en vue de financer la future prestation de sécurité sociale, voire de prélever - sans l'augmenter - une partie de la C.S.G. existante, dont le rendement est en hausse grâce à la marge d'action résultant de la croissance ; ou bien on peut également envisager un prélèvement sur le Fonds de solidarité vieillesse (F.S.V.), lui aussi alimenté par la C.S.G., mais l'affichage politique est alors moins clair car la C.S.G. apparaît le financement le plus juste.

d) L'augmentation de 10 % à 30 % de la part de P.S.D pouvant être consacrée au financement d'aides techniques et à des dépenses autres que de personnel constitue une mesure intéressante.

e) S'agissant de l'élargissement de la notion de handicap à la dépendance, l'UNCCAS constate les réticences des grandes fédérations du secteur du handicap qui craignent une remise en cause de leurs acquis. Mais ce qui compte, c'est l'ouverture du dialogue, même si toutes les revendications ne peuvent être traitées à la fois. Par ailleurs, l'UNCCAS note que la réflexion est en cours, les associations de handicapés se trouvant de plus en plus confrontées au problème des handicapés vieillissants.

## COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DES REPRESENTANTS DU MOUVEMENT DES ENTREPRISES DE FRANCE

M. BAZILE, Président du groupe Retraite, Vice-Président du Conseil d'Administration de la CNAVTS.

Mme BONAN, Administrateur de la CNAVTS,  
Mme CÉSARIE-WOLCH, Administrateur de la CNAVTS.

Le 16 février 2000 – 16 H

Le MEDEF considère que la prestation spécifique dépendance est une prestation jeune, dont il convient d'observer l'évolution et de dresser une évaluation complète, préalables indispensables avant d'envisager une réforme.

### **I – Le bilan de la P.S.D.**

Le MEDEF considère que le dispositif de la P.S.D. est un dispositif pragmatique et convenable même s'il a des défauts :

- convenable, car il s'agit d'un système décentralisé ;
- pragmatique, car même si la loi est annoncée comme provisoire, ont été mises en place, au niveau national, un comité national de la coordination gérontologique et une coordination départementale (environ 70 % des départements ont mis en place une coordination étroite avec les caisses de retraite ou une reconnaissance mutuelle des évaluations).

Par ailleurs, il faut nuancer les critiques :

- le dispositif est récent et la période de mise en place n'est pas encore achevée ;
- il y a une montée en charge de l'ordre de 20 000 dossiers par trimestre ;
- ce dispositif introduit une différenciation significative entre les départements et les associations qui sont juges et parties.

### **II – Propositions d'amélioration**

#### **1) Améliorations du dispositif de la P.S.D.**

Le dispositif convient mais des ajustements vers plus de cohérence sont nécessaires. Il apparaît notamment important de :

- renforcer la coordination en généralisant les fortes collaborations entre les départements et les caisses ;
- faire mieux participer les associations en généralisant la méthode d'évaluation utilisée dans le cadre de la P.S.D à l'aide ménagère des caisses de retraite : il n'est pas opportun de confier au prestataire le soin de l'évaluation indépendante ;

- accentuer l'effort de repérage des bénéficiaires éventuels ;
- supprimer éventuellement le recours sur succession qui est en effet dissuasif mais avec le risque de déresponsabiliser les familles.

## 2) Contre la mise en place d'une prestation de sécurité sociale

Le MEDEF est fortement opposé à la mise en place d'un prestation de sécurité sociale. En effet, une telle réforme nécessite une connaissance approfondie du secteur sous peine d'entraîner des effets de charges, des coûts non maîtrisables et donc une augmentation des prélèvements obligatoires, contraires à la logique de croissance et de compétitivité. Or aujourd'hui, on n'a qu'une connaissance abstraite de l'ampleur du problème de la dépendance. Il faut faire fonctionner ce dispositif qui est jeune au lieu de vouloir le changer immédiatement, sans aucun recul. Pour le MEDEF, la demande actuelle d'une prestation de sécurité sociale est essentiellement psychologique, liée à des freins qu'il faut supprimer.

De plus, si on commence à augmenter les prélèvements obligatoires pour résoudre un problème déterminé, on constatera qu'il y a d'autres améliorations à apporter dans d'autres domaines et il faudra arbitrer en supprimant une autre dépense afin de compenser le coût supplémentaire. Or il ne faut pas arbitrer maintenant alors qu'on ne connaît pas les évolutions.

## 3) Aide ménagère des caisses de retraite

Le MEDEF n'est, a priori, pas favorable à un transfert des personnes actuellement prises en charge par l'aide ménagère des caisses de retraite (en principe GIR 4, 5 et 6) vers la P.S.D.. Il souligne qu'il existe une tradition d'action sociale auprès des personnes âgées de la CNAVTS qui considère qu'elle a le devoir de connaître ses retraités, même si elle doit mieux maîtriser les coûts, contrôler l'évaluation des besoins et inciter à la qualité des services.

Cependant, s'il est envisagé d'arrêter ces prises en charge au titre de l'aide ménagère facultative, la CNAVTS ne s'occupant plus que des retraites, il faut que la coupure soit nette, sans laisser par exemple les GIR 6 à la CNAVTS.

En revanche le MEDEF est favorable à une meilleure cohérence, à plus d'équité entre les régimes, à des barèmes nationaux.

Enfin, pour le MEDEF, l'opposition des associations d'aide à domicile à la P.S.D. est liée principalement au fait que, dépossédées des évaluations, elles ne veulent pas prendre la responsabilité d'orienter les personnes vers l'aide ménagère à domicile ou la P.S.D..

**COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DES REPRESENTANTS DU COMITE NATIONAL  
DES RETRAITES ET PERSONNES ÂGEES**

M. BONNET, Vice-Président,  
Mme FRULEUX, membre du CNRPA,  
M. LEJEUNE, membre du CNRPA .

Le 17 février 2000 – 14 H

M. BONNET rappelle l'attachement du C.N.R.P.A. au Livre Blanc et le contexte dans lequel il a été rédigé (véritable drame des familles, des personnels, des soignants) tout en regrettant que la France ait toujours eu un regard condescendant sur la vieillesse.

Il précise que le Comité n'est pas opposé à la mise en place d'étapes afin d'aboutir à l'objectif qui est le risque pris en charge par la collectivité, la solidarité nationale. En effet, il n'est pas réaliste de vouloir passer directement de la situation actuelle, « une loi de maltraitance », à une loi de solidarité, néanmoins les étapes franchies doivent être significatives.

La gestion de proximité est essentielle mais elle peut être assurée par d'autres que les conseils généraux : centres communaux d'action sociale, CPAM, communes.

**I - Bilan de la P.S.D.**

Sont soulignés notamment :

- la loi de 1997 est une loi de circonstance, mauvaise donc dite provisoire, qui fait les départements juges et parties ;
- cette loi a engendré un clientélisme ;
- il s'agit d'une loi de « racisme par l'âge » ;
- le bilan se solde par des inégalités et des disparités : à chaque fois qu'une prestation est financée au niveau des collectivités locales, on aboutit à des disparités car la dimension de la solidarité n'est pas inscrite dans la fiscalité locale..

**II – Attentes du C.N.R.P.A.**

**1) Principes d'une future réforme**

Il faut absolument un retour du politique sur la technocratie. Il faut donner un signe fort à inscrire dans la loi et dans le temps et ne pas se limiter à des simples modifications techniques.

En revanche, il semble plus logique de procéder par étape et de commencer à améliorer significativement la situation des personnes concernées aujourd'hui par la P.S.D., à savoir les GIR 1, 2 et 3.

Les attentes et préoccupations des organisations et associations locales portent également sur le volet de la prévention.

## 2) Financement de la réforme

Il faut supprimer la récupération sur la succession en le remplaçant, le cas échéant, par une franchise acquittée par les usagers.

Le C.N.R.P.A. est favorable à un financement spécifique de la dépendance se traduisant par un prélèvement de 0,5 % de C.S.G. abondé par les financements existants des conseils généraux. Il peut être également envisagé un prélèvement sur le Fonds de Solidarité Vieillesse (F.S.V.), ce qui sera peut-être plus facile à faire accepter.

Par ailleurs, le C.N.R.P.A. est favorable à un alignement des cotisations maladie des retraités sur celles des salariés.

Enfin, il est possible d'envisager, comme cela a existé pour la prestation expérimentale dépendance, une structure départementale regroupant tous les financeurs y compris l'Etat qui doit être présent. En effet, on ne peut poser des contraintes aux départements sans que l'Etat, garant de l'égalité, contribue au financement.

En revanche, le C.N.R.P.A. souligne que l'on a omis le rôle gérontologique des communes dans le dispositif.

## 3) Pour une notion de handicap élargie

La loi du 30 juin 1975 relatives aux personnes handicapées donnait satisfaction : elle a permis d'apporter une compensation aux incapacités, pour conserver l'autonomie, sans faire de ségrégation par l'âge.

## 4) La mise en place d'étapes avec perspectives

Le C.N.R.P.A. est prêt à soutenir des étapes avec la perspective, à terme, de la mise en place d'une prestation de sécurité sociale, à condition que ces étapes comprennent :

- la révision des plafonds de ressources ;
- la suppression du recours sur succession ;
- la redéfinition de la frontière entre le GIR 3 et le GIR 4, car le GIR 4 est un motif d'exclusion du dispositif P.S.D. alors qu'il s'agit de personnes ayant un réel besoin d'aide.

## COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DU DIRECTEUR DE LA SECURITE SOCIALE

### **M. Raoul BRIET, Directeur**

Mme Marie-Odile REBLÉ, Chef du Bureau des établissements de santé (Sous-Direction du financement de l'offre de soins).

Le 17 février 2000 – 16 H

La demande forte de l'ensemble des organismes et associations du secteur peut s'expliquer notamment par le fait qu'un engagement politique avait été pris en 1991 lors de la mise en place de la C.S.G, visant à affecter une partie des nouveaux financements à la mise en place d'un dispositif légal et solidaire, de type sécurité sociale, de prise en charge de la dépendance. Or la loi du 24 janvier 1997, d'origine sénatoriale, a été votée essentiellement dans le but de maîtriser les dépenses d'ACTP versée aux personnes âgées par les départements.

Cependant, le cinquième risque est, pour la DSS, une « illusion collective » des associations, des partenaires sociaux et des représentants des personnes âgées, orphelins d'un risque de sécurité sociale.

### **I – Arguments contre le 5<sup>ème</sup> risque**

La DSS fait valoir que :

1) D'ores et déjà, la dépendance est prise en charge par la sécurité sociale et la dynamique actuelle va vers un renforcement de cette tendance (médicalisation des établissements, services de soins infirmiers à domicile ...). La prise en charge de la dépendance se fait de plus en plus à travers la branche maladie (depuis 1998, les dépenses d'assurance-maladie relatives aux services de soins infirmiers à domicile et à la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (SCM) se sont multipliées par trois en francs courants).

2) De plus, la mise en place d'un cinquième risque nécessite :

- de faire table rase des logiques institutionnelles,
- de déterminer les frontières entre ce risque nouveau et les risques maladie, vieillesse et handicap.

Elle entraînera une explosion des dépenses, si on souhaite étendre aux personnes âgées les avantages, globalement plus favorables, dont bénéficient les personnes handicapées. La réparation du handicap est, en effet, un système propre qui assure une meilleure prise en charge.

### **II- Evolutions possibles**

Le seul argument en faveur du cinquième risque, c'est que les départements n'ont pas la taille critique pour assurer de façon solidaire un risque inégalement réparti entre eux. Etre un vrai assureur nécessite une masse critique qu'ont Paris et les Hauts-de-Seine, pas la Lozère et le Cantal.

En revanche, les limites d'une prise en charge par la sécurité sociale sont réelles : les caisses de sécurité sociale savent verser une prestation en espèces, or la prise en charge de la dépendance nécessite un travail de terrain, de coordination des professionnels, d'analyse des besoins, de recensement et de structuration des interventions possibles... Les organismes de sécurité sociale risquent d'apporter une réponse uniforme et trop monétaire, à un problème qui exige du « sur mesures » et de la proximité.

Par ailleurs, une recentralisation de la gestion de la P.S.D. avec récupération des financements départementaux, pourrait être plus difficile politiquement à réaliser que la mise en place de la C.M.U. ; les termes socio-politiques du problème sont différents, en effet, les départements sont plus sensibles à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées qu'à celle de l'aide médicale des plus démunis. De plus, une fois privés de la prise en charge des personnes âgées, quelle légitimité restera-t-il du rôle important qu'ils jouent en matière de planification, d'autorisation et de coordination.

### 1) Amélioration de la P.S.D.

Derrière la revendication d'un cinquième risque, c'est avant tout le désir d'un traitement objectif et égal qui s'exprime. Il est possible d'améliorer la P.S.D. sans pour autant la condamner, notamment en coupant les liens avec l'aide sociale :

- il faut supprimer le recours sur la succession pour faire sauter le verrou psychologique ;
- juridiquement il est possible de faire peser des contraintes plus lourdes sur les départements par le biais d'un barème national, d'un contentieux objectif et uniforme.

### 2) Meilleure cohérence entre les régimes de retraite

Il n'apparaît pas impossible d'harmoniser les prestations financées par les régimes de retraite par la légalisation de l'aide ménagère, moyennant un abondement financier. La CNAVTS pourrait faire, pour l'action sociale des régimes de retraite, office de régime universel.

Cependant, outre les problèmes liés à la dépossession des petits régimes, il semble que ce soit un schéma lourd à porter en termes politiques et de pesanteurs institutionnelles alors qu'il n'y a pas une demande forte.

Monsieur BRIET se propose de travailler sur l'expertise des conditions juridiques et financières de la faisabilité d'une prestation légale d'aide ménagère à domicile.

Il suggère l'audition de Monsieur Patrice LEGRAND, actuel directeur de la Caisse des mines, rapporteur du Plan en 1992, sur un projet de prestation légale gérée par les départements, sous condition de ressources et assortie d'une clause de récupération sur succession.

**COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DES REPRESENTANTS DE LA  
CONFEDERATION FRANÇAISE DEMOCRATIQUE DU TRAVAIL,  
FEDERATION SANTE/SOCIAUX**

M. TOURRISSEAU, Secrétaire Général du SYNCASS,  
Mme Maryvonne NICOLE, Secrétaire nationale de la Fédération.

Le 17 février 2000 – 17 H

La Fédération santé/sociaux intervient plus spécifiquement sur la question de la réforme de la tarification en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

**I – Le bilan de la mise en œuvre de la P.S.D.**

La Fédération fait part des insuffisances de la P.S.D., notamment en ce qui concerne :

- l'évaluation de la dépendance en établissement qui présente des spécificités par rapport au domicile,
- les disparités existant entre départements,
- les effets pervers du transfert de l'allocation compensatrice pour tierce personne vers la P.S.D.,
- les caractéristiques d'aide sociale de la P.S.D.,
- les plafonds des ressources fixés à un niveau très bas,
- l'incompréhension des personnes passant de la P.S.D. à domicile à la P.S.D en établissement liée à l'augmentation de la charge financière qui en découle et à une moindre solvabilisation par la P.S.D. dont le montant diminue alors que la dépendance s'accroît.

**II – Propositions d'amélioration**

La Fédération santé/sociaux est favorable à un « bon compromis » entre la situation existante et le 5<sup>ème</sup> risque. L'objectif étant que la P.S.D. solvabilise les besoins spécifiques des personnes hébergées en établissement et qu'il y ait corrélation entre le tarif dépendance et le montant de l'aide.

La fédération souligne deux points majeurs à prendre en compte dans les améliorations à apporter à la réforme de la tarification en établissement :

- 1) Il faut éviter les situations de « faux-payants », à savoir, des personnes se trouvant juste au-dessus des plafonds et ne pouvant donc bénéficier de la P.S.D. mais ne pouvant, avec ces mêmes ressources, payer leur hébergement .

L'objectif, n'est pas de trouver le bon barème mais de partir du tarif demandé par l'établissement et d'apprécier les ressources réelles de la personne en n'oubliant pas de prendre en compte l'argent qui doit rester à sa disposition ou à celle du conjoint restant à domicile.

Par ailleurs, il pourrait être imaginé une franchise (terme préférable, pour nos interlocuteurs, à celui de ticket modérateur) proche de 300 points et adaptée à la situation de chaque établissement.

- 2) Il faut redéfinir le contenu du forfait soins et, notamment, veiller à la corrélation entre la définition et le contenu du forfait partiel et du forfait de section de cure médicale d'une part, du forfait global et du forfait soins de longue durée d'autre part.
- 3) Enfin, l'exclusion des dépenses de médecins spécialistes de la dotation globale risque d'entraîner un dérapage des dépenses des établissements.

COMPTE-RENDU DE L'AUDITION de Monsieur Pascal CHAMPVERT  
 Président de l'A D E H P A (Association des directeurs d'établissements  
 d'hébergement pour personnes âgées)

Le 23 février 2000 – 17 H 30

L'intervention de M. CHAMPVERT porte sur la P.S.D. en établissement.

**I – Le constat de la mise en œuvre de la P.S.D.**

La loi P.S.D. fait l'unanimité contre elle. Il faut profondément la changer. Les réformettes sont inutiles et une réforme radicale est inapplicable, en tous cas à court terme.

Les Directeurs de l'A.D.E.H.P.A. ne sont pas des idéologues du 5<sup>ème</sup> risque auquel ils se sont ralliés juste avant la sortie du « livre noir ». De son côté Martine AUBRY ne cesse d'affirmer qu'elle ne veut pas du 5<sup>ème</sup> risque ; l'irritation et les incompréhensions se développent de part et d'autre et renforcent d'autant la tentation de camper sur la position en faveur du 5<sup>ème</sup> risque.

Il y a un passif : depuis 20 ans l'Etat et les pouvoirs publics n'ont pas financé ce qu'ils s'étaient engagés à faire, les départements non plus. Au milieu de ces acteurs, les personnes âgées et les professionnels éprouvent de fortes frustrations. L'Etat ne paie pas les dettes du passé, les moyens sont toujours inférieurs aux besoins. Le secteur des EHPAD est sous-doté.

Le discours politique doit être fort et annoncer quelque chose de fort. Il doit tenir compte du passé et des dettes contractées.

Un consensus n'est toutefois pas exclu pour l'ADEHPA à condition qu'il y ait un véritable partenariat, un dialogue, une écoute de la part de l'Etat.

**II – Propositions d'amélioration**

1°) – Principes généraux :

- Reconnaître les dettes du passé ;
- S'engager à traiter les personnes âgées dignement, ce qui suppose des mesures de solidarité nationale :

Ex : 5 ministres participent à la Conférence de la famille, 7 ministres –dont le Premier ministre- au C.N.C.P.H. et pour la clôture de l'année internationale des personnes âgées une seule ministre et une secrétaire d'Etat qui fait ses premières armes.

- Un plan sur 10 ans et des mesures concrètes sur 2 ans dont un tarif minimum par GIR et une modification des plafonds de ressources.

2°) - Le financement de la réforme :

- La grande majorité des organismes de retraités est d'accord pour un prélèvement supplémentaire en alignant la CSG des retraités sur celle des actifs,
- Continuer à mobiliser l'argent que les départements y mettent aujourd'hui,

3°) – Des attentes :

Officiellement l'ADEHPA demande une prestation de solidarité nationale, mais si dans le cadre de la réforme on en retrouve les caractéristiques essentielles les négociations sont possibles :

a) Solvabilisation des personnes âgées en établissement pour toutes les dépenses liées à leur santé et à leur handicap quels que soient la structure et le département d'accueil

- chacun paierait le gite et le couvert, et, à l'exception des personnes payant l'impôt sur la fortune, solvabilisation de 95 % des personnes pour le reste des charges,

- tarifs mutualisés handicap et soins.

b) Valorisation financière des moyens nécessaires à l'accompagnement des personnes âgées dans la dignité ce qui suppose :

- la définition de plans pluri-annuels de financement,

- l'abandon définitif de toute volonté de diminuer les moyens des établissements les moins mal dotés (ex. : longs séjours),

- la négociation d'un niveau de moyens nécessaires vers lequel on devra tendre dans les 5 ou 10 ans et d'un calendrier de mise en œuvre, en s'appuyant sur différentes données : besoins en aide calculés par les auteurs d'AGGIR, normes du CROSS Ile de France à 0,6 en maison de retraite, comparaison avec les établissements pour handicapés de moins de 60 ans,

- dans l'intervalle, l'adaptation des normes (sécurité-incendie, accessibilité...) aux moyens existants.

b) Contractualisation locale : Chaque partie s'engage, il est souhaitable que les conventions soient opposables à toutes les parties et que les conséquences en cas de non application par l'Etat ou les départements soient prévues.

c) Evaluation : elle doit être pluraliste et s'appuyer sur :

- l'expression citoyenne des résidents,
- des commissions locales tripartites (retraités et consommateurs, autorités tarifaires, établissements),
- une instance nationale indépendante d'évaluation.

**COMPTE-RE'NDU DE L'AUDITION de PATRICE LEGRAND  
DIRECTEUR DE LA CAISSE AUTONOME NATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
DANS LES MINES**

Le 23 février 2000 - 18 H 30

Monsieur LEGRAND, à différentes étapes de sa carrière, a traité des problèmes des personnes âgées et a une bonne connaissance du secteur

- à la CNAM:

- 1976 : mise en place expérimentale des services de soins à domicile avant le décret de 1981,
- médicalisation EEPAD,

- Au Ministère, Sous-Directeur R.V.A.S. : grands dossiers traités

- Refonte des annexes XMV concernant l'enfance handicapée (1989),
- Transformation des hospices,

- Rapporteur de la commission du plan en 1991 et 1992 sur la dépendance.

**I - Le constat de la mise en œuvre de la P.S.D.**

La situation n'est pas bonne, moins bonne qu'auparavant car le système est plus restrictif que l'ACTP et que la PSD a, en quelque sorte, raté sa cible.

**1°) Situation antérieure à la PSD :**

Lors du rapport de la commission du plan en 1991 il est apparu que l'ACTP n'était pas mal calibrée. Cependant quatre défauts étaient à souligner :

- elle était attribuée par la COTOREP, système collégial, et connaissait des délais d'instruction très longs,
- les conditions de ressources étaient très étroites et provoquaient le rejet des « classes moyennes », à savoir toute la population dont le niveau de ressources était juste au-dessus du plafond, ce qui posait un vrai problème en cas d'institutionnalisation,
- certains départements restreignaient l'application de la loi (Gironde, Aveyron, Calvados... ) et refusaient de verser l'ACTP en établissement,
- les services départementaux avaient le sentiment que cette allocation ne remplissait pas son rôle de compensation mais venait plutôt alimenter les comptes d'épargne des bénéficiaires et de leur entourage.

## 2°) Situation avec la P. S.D.

La P. S.D. est très restrictive. Les plafonds de ressources ont été relevés mais restent insuffisants.

### • L'attribution de la P. S.D. est rigide

- la grille AGGIR est un bon instrument d'évaluation de la dépendance mais son utilisation à des fins tarifaires pose problème. (passage mécanique d'une appréciation de la dépendance à une tarification). L'ACTP était attribuée en fonction de l'état des besoins évalué sur 3 actes essentiels de la vie au moins, c'est en tout cas le « tarif » qu'appliquaient les COTOREP pour attribuer l'ACTP.
- c'est une prestation en nature pour border la dérive d'une thésaurisation mais il faudrait une part de prestation en espèces et une meilleure valorisation de l'aspect prestation en nature, pas uniquement réduite à des services ménagers.

Il y a très probablement une marge de manœuvre qui permet d'assouplir les conditions d'attribution de la PSD comme l'a dit Martine Aubry lors du CNCG d'avril 1999.

- Le partage du territoire PSD/AMD est choquant et l'interdiction du cumul une absurdité, si une personne a besoin d'une tierce personne, c'est qu'elle n'est pas en mesure de faire ses courses et son ménage. L'ACTP pouvait être cumulée avec l'AMD des Caisses. Le retrait de la CNAV a aggravé la gestion du problème.

## 3°) La P.S.D. en institution :

On pourrait envisager un système dans lequel la P.S.D. serait une prestation subsidiaire après mobilisation des revenus de la personne. Les plafonds de ressources devraient être relevés en institution, quitte, même, à instaurer en EHPAD une prestation sans plafond de ressources mais subsidiaire, une part convenable de ressources étant laissée à la disposition du conjoint resté au domicile.

Dans le cadre du rapport du commissariat au plan le surplus était, à l'époque, évalué à 6 milliards. Il pourrait faire l'objet d'un partage Etat/département par abondement des dotations versées aux départements.

## Faut-il un risque Sécurité sociale ?

Chaque personne doit-elle être exonérée de la gestion de sa dépendance ? La personne doit prendre en charge une partie des dépenses.

Le vrai problème, même si l'organisation d'une présence permanente auprès de la personne âgée ne relève pas forcément de la sécurité sociale, c'est que certains actes eux relèvent de la Sécurité sociale, comme le travail de l'aide soignante, la prise en charge de l'incontinence (couches). Cette question aurait du être tranchée.

Les intervenants à domicile doivent être des personnes capables de rester suffisamment longtemps et capables de traiter les corps. Pour cela il faut abandonner le taux horaire à terme.

## **II - Propositions d'amélioration**

### **1°) Assouplir, réformer :**

- Intervenants à domicile :

Pour faire un véritable maintien à domicile, il faut d'avantage d'auxiliaires de vie que d'aides ménagères.

- Plans d'aides multiformes :

Actuellement ils recouvrent de l'aide ménagère à 80 / 90%. Si on ne peut pas sortir immédiatement du taux horaire, il pourrait être complété par un tarif à la nuit, à la journée, voire à la 1/2journée.

- Cadrage national minimum :

Surtout nécessaire en établissements. On a fait jusqu'à présent une politique de l'emploi au lieu de faire une politique d'aide, d'accompagnement.

- Unifier l'aide ménagère :

Il y a quelques années presque tous les régimes étaient alignés sur la CNAV. A présent, la Caisse des Mines a décidé de cumuler PSD et AMD. Ce qui reste non cumulable c'est l'AMD des Caisses et l'AMD aide sociale.

### **2°) Financement de la PSD**

- Par l'assurance maladie :

La proposition de M. Bonnet qui consiste à faire payer la dépendance sur les cotisations des retraités, déjà avancée à l'époque de la commission du plan, avait été désavouée par le CNRPA en 1991/1992.

L'assurance maladie, il faut le souligner davantage, prend déjà en charge la dépendance. Elle couvre de plus en plus de soins longs, de soins non entièrement techniques. Elle doit financer également le plan de la partie médicalisée des EHPAD..., à terme, cela se traduira par une dépense très substantielle de l'assurance maladie. L'augmentation de la cotisation d'assurance maladie des personnes âgées sert à couvrir cette augmentation.

La tarification à la personne dans les EHPAD est bonne mais entraîne déjà une dépense plus importante pour l'assurance maladie qui doit financer la partie médicalisée des établissements.

- Par un fonds global

P. LEGRAND ne croit pas à un fonds global. Ce fonds n'amène pas par lui-même un financement.

- Risque d'augmentation des cotisations, que le financement soit fait par l'assurance maladie, l'assurance vieillesse ou la C.S.G.

- Risque de créer une nouvelle frontière entre la dépendance et l'assurance maladie alors qu'on a besoin de redéployer : il faut garder une gestion territorialisée.

Il serait intéressant de demander à la DGCL si des économies ont pu être réalisées sur les dépenses de l'aide sociale à l'hébergement des départements depuis la décentralisation entre 1983 et 1996.

- DGF ou DGD pour financer les départements :

Mise en place possible :

- d'une dotation affectée,
- d'une dotation affectée et abondée par l'Etat,
- d'un tarif et un abondement tenant compte des moyens du département.

Il faut abonder la DGD si on veut mettre en place une- opération de péréquation.

## COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DES REPRESENTANTS DE L'ASSOCIATION DES DEPARTEMENTS DE FRANCE

Monsieur MERCIER, Président du Conseil général du Rhône,  
Monsieur CAZEAU, Président du Conseil général de la Dordogne,  
Madame CHAUMIN, Conseillère Technique de l'A.D.F..

Le 24 février 2000 – 10 H.

MM. Mercier et Cazeau précisent que le dernier bureau de l'ADF a décidé de convoquer une assemblée générale le 4 avril prochain pour prendre une position officielle sur la question de la P.S.D.. Il en résulte que c'est à titre personnel que MM Mercier et Cazeau s'expriment au cours de cette audition et que leurs positions n'engagent ni la commission des affaires sociales - qui se réunit le 14 mars -, ni l'ADF.

### **I – Les constats relatifs à la mise en œuvre de la P.S.D.**

On a trop souligné les aspects négatifs de la P.S.D. en oubliant les avancées que le dispositif a permis. Il ne faut pas rejeter les aspects modernes de la P.S.D. au titre qu'il n'y a pas assez d'argent.

Par exemple, en Dordogne, on comptait 2 166 bénéficiaires de l'ACTP en 1996 (65 millions de F.) contre 2 239 bénéficiaires de P.S.D. et d'ACTP en 1999 (69 Millions de F.). Au-delà de ces chiffres, la philosophie du dispositif ce sont 250 emplois jeunes qui seront pérennisés au bout de cinq ans et dont le coût n'est pas compris dans les 69 Millions F. 1999.

Parmi les aspects positifs de la P.S.D., il convient de souligner :

- A domicile :
  - un montant moyen de P.S.D nettement plus élevé que l'ACTP ;
  - la mise en place d'une équipe médico-sociale pluridisciplinaire autour de la personne ;
  - la P.S.D. ne sert pas qu'à payer de l'aide ménagère mais également des aménagements du domicile et autres aides techniques.

En fait, à domicile, le problème réel est la question du financement des associations d'aide à domicile ; en effet, il faut trouver un équilibre entre la nécessaire qualité des interventions auprès des personnes âgées et des coûts acceptables de prestation par rapport au budget des personnes âgées et au regard des montants de P.S.D.. Mais il est faut cesser d'affirmer que la P.S.D. a favorisé le gré à gré au détriment du prestataire : ce sont les personnes elles-mêmes qui préfèrent parfois opter pour la prestation la moins chère, dans un souci d'économie, par habitude de gestion domestique.

En établissement, le lobby des directeurs d'établissements est à l'origine des principales critiques du dispositif de la P.S.D.. Il est vrai qu'on a eu le tort de verser la P.S.D. en établissement avant de mettre en œuvre la réforme de la tarification. De fait, on est passé d'une philosophie d'aide à la dépendance des personnes âgées à une philosophie

de solvabilisation de ces personnes, ce qui explique les difficultés qui émergent maintenant que l'on fait ressortir le coût réel de la dépendance, alors qu'auparavant on le mutualisait. Les principes de la réforme à venir vont avoir pour effets des augmentations ou des baisses des dépenses selon les départements.

## **II – Réformes envisagées**

De façon générale, MM. Mercier et Cazeau considèrent que le cinquième risque n'est pas une bonne idée : l'Etat n'a pas les moyens de le financer et, en outre, la dépendance n'est pas forcément un risque. Enfin, une prestation de sécurité sociale peut être une prestation aveugle et pas plus équitable que la P.S.D. actuelle servie au plus près des besoins, «sur mesures » en quelque sorte.

Ils estiment par ailleurs que le département doit revendiquer la prise en charge des personnes âgées dépendantes car c'est son savoir-faire. La compétence sociale est la grande compétence départementale.

Globalement, la P.S.D. fonctionne bien à domicile, à la différence des établissements.

En établissement, M. CAZEAU s'était prononcé à l'origine en faveur d'une mutualisation avec deux ou trois tarifs pour simplifier le dispositif. Il reste à améliorer le système en le simplifiant en établissement mais les réformes envisagées entraîneront une augmentation des coûts pour les départements (chiffré en Dordogne à plus 30 millions de F. environ : + 20,3 MF en établissement d'hébergement pour personnes âgées et + 11,3 MF à domicile).

De plus, en établissement, les difficultés proviennent du désaccord de l'assurance maladie sur la prise en charge du forfait soins.

Enfin, il faut tout mettre en œuvre pour obliger les partenaires à signer la convention tripartite. Il serait en effet dommage de faire la réforme de la tarification sans que la convention soit signée.

### **1) Recours sur succession**

Il faut tempérer les discours faisant de ce recours un véritable frein psychologique. MM. Mercier et Cazeau sont a priori d'accord pour une augmentation des seuils à 500 000 F, même si cela va pénaliser certains départements et ne changera pas grand-chose. En effet, le Rhône a déjà augmenté le seuil de récupération sur la succession mais cela n'a pas augmenté le nombre de bénéficiaires.

Quant à sa suppression et à son remplacement par une franchise ou un ticket modérateur à la charge de la personne âgée, c'est choquant car le recours sur succession s'inscrit dans une logique de solidarité familiale (question d'équité). Le recours sur succession ne peut être levé pour la P.S.D. et maintenu pour l'aide sociale à l'hébergement. Sinon, on stigmatise les plus pauvres en les soumettant aux règles les plus contraignantes (obligation alimentaire + recours sur succession au premier franc).

- 2) **Augmentation de la part de la P.S.D.** pouvant être affectée à des dépenses d'aides techniques et autres que de personnel : ne pose aucune difficulté aux départements dont certains le font déjà.
- 3) **S'agissant de la fixation de minima de P.S.D.**, M. Mercier considère que cela ne servira à rien car un minimum est toujours soit trop bas, soit intenable pour les départements.

#### 4) Financement de la réforme

M. Mercier est hostile à toute recette affectée. Si l'Etat veut contribuer au financement de la réforme de la prise en charge de la dépendance, il doit le faire au travers de la DGF ou de la DSU pour les départements en difficulté. Ce financement supplémentaire doit rester globalisé ; il est impensable qu'une recette soit affectée à la dépendance : en effet c'est à chaque département de définir ses priorités en termes de financement.

De plus, 33 départements sont contributeurs à la DGD depuis la mise en place de la Couverture Maladie Universelle.

En revanche, M. Mercier reste ouvert à l'hypothèse de la mise en place d'un fonds départemental regroupant les financeurs (conseils généraux et caisses de retraite), comme pour la prestation expérimentale dépendance.

**COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DE MONSIEUR HECQUET,  
PRESIDENT DU CENTRE DE LIAISON, D'ETUDE, D'INFORMATION ET DE  
RECHERCHE SUR LES PROBLEMES DES PERSONNES ÂGEES.**

Le 29 février 2000 – 15 H.

Pour Monsieur Hecquet, s'il est difficile d'être satisfait de la P.S.D., il est difficile de ne pas dire, aussi, ce qu'elle a amélioré.

Le problème de fond est qu'en confiant le financement et la gestion de ce dispositif aux départements, on s'est placé dans un système inévitablement inégalitaire. Il s'agit de la conséquence d'un mouvement général qui conduit à l'Etat à se désengager financièrement au détriment de ceux à qui il confie certaines compétences. Il faut donc se poser la question du fondement et de la légitimité de ces inégalités. L'inégalité est le vice essentiel de la P.S.D., le reste est accessoire.

Les autres désavantages de la P.S.D., notamment les inconvénients qu'elle entraîne par rapport à l'ACTP, peuvent être corrigés.

### **Réformes proposées**

M. HECQUET est favorable au cinquième risque car la prise en charge par la sécurité sociale répondrait aux exigences d'égalité et de participation financière équitable. A priori, ce risque dépendance relèverait plutôt d'un domaine spécifique de la maladie.

Mais l'essentiel, c'est l'objectif à atteindre, à savoir l'égalité de traitement quel que soit le lieu de résidence. Si l'option cinquième risque n'est pas retenue, alors il faut au moins rendre la P.S.D. équitable.

A partir de cet objectif, des moyens et des étapes de réforme sont envisageables.

#### **1) Les recours sur la succession et sur donation**

Il est vrai que la situation était différente avec l'ACTP : pas de récupération sur la succession lorsque l'héritier est le conjoint ou les enfants.

La question qui se pose est de savoir quelle part du financement de la dépendance doit être supportée par le bénéficiaire lui-même et/ou sa famille et quelle part doit relever de la collectivité.

M. HECQUET, dans une logique de solidarité familiale, est favorable à une participation en premier lieu de l'intéressé, en fonction de ses moyens, voire, si besoin lorsqu'il a distribué ses avoirs, de ceux de sa famille. Il faut néanmoins tenir compte des évolutions futures, à savoir la diminution nette des pensions de retraite qui ne fera que s'accentuer.

Dans cette même logique, l'existence d'un recours contre le donataire n'est pas choquante. En revanche, il propose que le recours soit allégé lorsque le donataire n'est pas le descendant direct.

### 1) la gestion de proximité

La gestion de la prestation par les départements n'est pas un problème. En revanche, il faut distinguer la gestion du financement.

La fixation d'un minimum de prestation ne peut qu'être un mauvais palliatif, car il est soit trop bas et non satisfaisant, soit trop élevé pour certains départements qui ne pourront l'appliquer. Pour cela, il pourrait être envisagé qu'un niveau minimum de prestation soit assuré par tous les départements, quelle que soit l'incidence financière et complété par un abondement de l'Etat.

### 2) Le financement

Le financement d'une prestation légale doit être assuré par l'impôt au niveau national plutôt que par des cotisations qui, soit sont arbitraires, soit posent des problèmes de définition d'assiette.

La C.S.G. est un prélèvement juste, qui permet d'englober les revenus du capital. Il peut être également envisagé, à titre transitoire, un système de cofinancement mixte, départements et caisses de sécurité sociale, à condition d'éviter les conséquences négatives d'un tel cofinancement sur les conditions d'attribution.

A la limite, peu importe qui paye, départements ou caisses de sécurité sociale, dès lors que l'on ne perd pas de vue le résultat, à savoir, une prestation à caractère national, obligatoire et général.

COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DE MADAME LAROQUE, PRESIDENTE DE LA  
FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE

Le 1<sup>er</sup> mars 2000 – 17 H

**I – Réflexions relatives à la mise en place de la P.S.D.**

**Mme LAROQUE souligne 3 problèmes de principes :**

1 – A la différence du Conseil Constitutionnel, elle estime que la loi du 24 janvier 1997 rompt l'égalité entre les citoyens en mettant en place un dispositif spécifique aux personnes âgées.

2 – Se pose le problème de la délimitation de ce qui relève de l'aide et de l'action sociales et de ce qui relève de l'assurance sociale. Cela étant, 5<sup>e</sup> risque ou risque invalidité, c'est la même chose.

3 – Le problème de l'égalité des personnes invalides quel que soit leur âge. La loi du 30 juin 1975 a mis en place un dispositif d'aide sociale, l'ACTP, au bénéfice de personnes qui ne pouvaient pas bénéficier d'un avantage d'assurance sociale, à savoir la majoration tierce personne (liée à la pension d'invalidité). Mais cette loi ne distinguait pas les personnes handicapées des personnes âgées. C'est en raison du coût engendré par l'attribution de l'ACTP aux personnes âgées que la P.S.D. a été mise en place.

Par ailleurs, tant l'ACTP que la PSD présentent des avantages et des inconvénients. Mais le problème c'est qu'à revendiquer une meilleure P.S.D. pour les plus de 60 ans, que reste-t-il pour les personnes handicapées ? Il convient de noter, en particulier, que les ressources pour bénéficier de la P.S.D sont supérieures à celles nécessaires pour l'ACTP, ce qui n'est pas justifié.

Le bilan de la P.S.D. se solde par un « fouillis inextricable » : cette prestation est vécue comme un recul même si les reproches qui lui sont faits ne sont peut-être pas toujours pas justifiés.

Enfin, il faudra tenir compte de la prise en charge des handicapés vieillissants : est-il adapté de considérer qu'à 60 ans, ils changent de statut et deviennent des personnes âgées ?

**II – PROPOSITIONS D'EVOLUTION**

Il faut considérer que la dépendance est une forme de handicap et, qu'à terme, il faudra unifier les régimes et mettre en place une prestation identique pour les personnes handicapées et les personnes âgées dépendantes.

En effet, il faut distinguer les revenus de subsistance - toujours indispensables - dont la nature varie selon le moment où le handicap est intervenu (revenus de substitution, pensions d'invalidité ou retraite) et les moyens de survie : techniques médicales et/ou prestations médico-sociales, ces dernières pouvant être versées en espèces ou en nature.

Mais il est vrai que les associations de handicapés n'y sont pas prêtes et qu'il faut envisager une telle avancée à plus long terme.

Par ailleurs, Mme LAROQUE n'est pas hostile à la définition d'étapes, à la mise en place d'un processus, qui rendront la situation « moins pire », même si dans un premier temps, elles ne concerneront que les personnes âgées.

1) Recours sur succession

Si Mme LAROQUE est hostile au principe de l'obligation alimentaire, elle n'est pas opposée au recours sur la succession aménagé (augmentation du seuil de recours, par exemple) ;

2) Une égalité entre les départements par la mise en place de niveaux minimum de plan d'aide et de tarifs de référence légaux, à condition que les plafonds ne soient pas fixés trop bas. Ainsi ces mesures rapprocheraient la P.S.D. de prestations familiales.

3) Plafonds de ressources

A priori, Mme Laroque est favorable à ce que les revenus et le patrimoine des personnes continuent à être pris en compte mais à condition d'augmenter les plafonds de ressources.

4) L'extension de la P.S.D. aux personnes relevant du groupe iso-ressources 4 est nécessaire, notamment pour les personnes relevant de régimes de retraite ne finançant pas ou très peu d'aide ménagère à domicile.

Enfin, il est urgent de financer la formation des personnels intervenant auprès de ces publics.

## COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DES REPRESENTANTS DE LA CONFEDERATION FRANÇAISE DES TRAVAILLEURS CHRETIENS

M. HOGUET, Vice-Président de la Fédération Santé – Administrateur à la CNAMTS.  
M. MOISE-MIJON, Administrateur à la CNAVTS.

Le 2 mars 2000 – 8 H

Le regard porté par la CFTC sur la loi du 24 janvier 1997 a été initialement plutôt favorable même si, à l'époque, la demande avait été la création d'un cinquième risque médico-social et non pas sanitaire. Mais les décrets d'application ont mis en place une gestion trop complexe.

Par ailleurs, il y a des leçons à tirer de la prestation expérimentale dépendance (PED) qui a montré que des partenaires, apparemment inconciliables (conseils généraux et caisses de retraite), pouvaient travailler ensemble. Il faudrait donc un risque géré par la sécurité avec un partenariat de type PED.

### **I – Constats**

Toute évolution doit se faire en distinguant ce qui relève du soin et ce qui relève du social avec les abondements financiers correspondants.

- 1) La grille AGGIR couvre globalement le besoin des personnes, même si on peut toujours y ajouter des items.
- 2) La définition des groupes iso-ressources :
  - il convient de souligner le problème de la frontière entre les GIR 3 et les GIR 4 ;
  - le dispositif est trop faible en termes de prévention pour les GIR 5 et 6.

En effet, il faut distinguer deux aspects dans la prévention : la prévention proprement dite et la prévention curative.

### 3) La PSD en établissement

La CFTC n'est pas favorable à la définition d'un GIR moyen car cette logique s'oppose à la responsabilité individuelle (financement au regard du besoin de la personne elle-même).

De plus, le système est complexe à gérer compte tenu de la fluctuation des GIR : il faudrait donc que les GIR apportent un financement global.

### **II – Demandes d'évolution**

La CFTC se prononce pour un cinquième risque géré par la sécurité sociale.

#### Le financement

Il peut s'agir soit d'un nouveau risque – « pur et dur » - géré par la sécurité sociale, soit d'un risque géré par la sécurité sociale en s'inspirant des partenariats de la PED.

Compte tenu de l'augmentation démographique du nombre de retraités ainsi que celui des personnes âgées dépendantes, il faudra que l'assurance-maladie et l'Etat se répartissent de façon transparente les dépenses en fonction de ce qui relève du sanitaire ou du social. Il

manquera de toutes façons une part de financement dont la source devra être multiforme – assurance maladie/ CSG – pour que ce soit le plus indolore possible. Il est nécessaire de mettre en place un fonds national pour l'autonomie avec une gestion transparente et un financement pérenne alimenté notamment par une part de C.S.G. affectée (pas de pourcentage sur la masse défini);

## 2) La gestion du futur dispositif

La sécurité sociale présente l'avantage de constituer un organisme neutre, d'être un interlocuteur naturel pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées même si, à domicile, c'est le conseil général qui remplit le mieux ce rôle. De plus, dans ce nouveau dispositif, il faut un organisme qui collecte les recettes, et les caisses ont les moyens de le faire.

Cependant, un redéploiement des dépenses s'avère indispensable et dès lors que les conseils généraux financent une partie de cette prestation, il n'est pas possible de les écarter de la gestion du dispositif à laquelle la plupart d'entre eux restent d'ailleurs très attachés.

En application de la règle selon laquelle l'ordonnateur est le payeur, l'existence de plusieurs financeurs implique des co-ordonnateurs.

## 3) Les autres réformes envisagées

- le recours sur la succession : la CFTC n'est pas opposée à sa suppression et à son remplacement par un ticket modérateur à la charge des bénéficiaires ; il reste que si on se place dans une logique de sécurité sociale, cette modalité de recours liée à l'aide sociale disparaît automatiquement ;
- la mise en place de volumes minimum de plans d'aide avec des tarifs de référence légaux : la CFTC avait demandé un barème national médian transversal lors de la concertation sur les décrets d'application d'avril 1997, en raison des disparités énormes existant entre les départements.
- l'aide ménagère à domicile financée par les caisses de sécurité sociale : l'unification de tous les régimes de sécurité sociale par une légalisation de la prestation d'aide ménagère à domicile pose la question de l'autonomie des caisses et de l'avenir de leurs conseils d'administration. Dans tous les cas, l'unification devrait se faire par des négociations fortement incitatives plutôt que de façon autoritaire et univoque. En outre, se pose la question des compensations inter-régimes. La CNAVTS pourrait gérer cette prestation pour le compte des autres régimes.

Il reste que l'aide ménagère constitue un outil de prévention essentiel pour les GIR 5 et 6 et de maintien du lien social. Se pose également le problème de la professionnalisation des aides à domicile. En effet, les associations sont aujourd'hui confrontées à une pénurie de main d'œuvre : le personnel diplômé compétent quitte ce secteur et l'absence de strate intermédiaire fait qu'il ne reste qu'un personnel avec un niveau très bas de qualification, pas toujours adaptable à ce métier. Il y a une réelle difficulté à établir un profil de carrière pour les salariés : c'est un secteur d'activité morcelé, professionnel sans être véritablement professionnel. Une aide à domicile devrait pouvoir faire face à la totalité des besoins puisqu'on sait bien que plus il y a d'aides autour de la personne, plus il y a déperdition de qualité. La revalorisation de la carrière passe par un tronc commun de formation.

- la réforme de la tarification en établissement : le projet de réforme présenté par J.R. BRUNETIERE est intéressant mais il conduit à créer des emplois administratifs alors que les besoins ne sont pas là. En outre, la mise en place et le suivi des mesures seront très lourds.

**COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DES REPRESENTANTS  
DU FONDS DE SOLIDARITE VIEILLESSE**

M. DHUICQUE, Président  
M. VAN ROEKEGHEM, Directeur.

Le 2 mars 2000 – 15 H 30.

L'entretien avec les représentants du F.S.V. a porté essentiellement sur la question du financement de la réforme de la prise en charge de la dépendance. En effet, tant la mise en place d'une péréquation entre les départements pour lisser les disparités existantes et mettre en œuvre une P.S.D. cadrée nationalement au profit des personnes classées en GIR 1 à 3 que, l'harmonisation entre les caisses pour l'aide ménagère à domicile versée aux GIR 4 à 6, supposent un abondement par l'Etat.

**I – Les missions actuelles du F.S.V.**

Les missions initiales du F.S.V. étaient de :

- rembourser le capital et les intérêts de la dette du régime général, prise en charge par l'Etat en 1993 à hauteur de 110 milliards de F. : cette charge (12,5 milliards de F. par an) a été transférée en 1996 à la CADES alimentée par la C.R.D.S. ;
- prendre en charge le financement d'avantages de vieillesse non contributifs relevant de la solidarité nationale (78 milliards de F. en 1999).

Aujourd'hui, deux missions sont confiées au F.S.V. :

- les opérations de solidarité qu'il gère depuis sa création ;
- la gestion du Fonds de réserve pour les régimes d'assurance vieillesse institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 afin de consolider les régimes par répartition.

Ces missions sont financées sur la base des recettes nettes suivantes, d'un montant proche de 77 milliards de F. en 1999 :

- la C.S.G. au taux de 1,3 point soit environ 63 milliards de F. ;
- la taxe sur les contributions patronales de prévoyance sociale (2,7 milliards de F.) ;
- la taxe sur les boissons (11,6 milliards de F.) ;
- des produits financiers.

**II – Le rôle du F.S.V. dans le cadre de la réforme de la prise en charge de la dépendance**

Selon les évaluations de la mission, la réforme de la PSD à domicile coûterait environ 5 à 7 milliards de F.

L'intervention du F.S.V. pour abonder une nouvelle prestation gérée, par exemple, par le régime vieillesse ne poserait pas de difficulté à condition, d'une part, qu'il y ait une base législative et réglementaire pour fonder l'intervention du F.S.V. dans un secteur relevant jusqu'ici de l'action sociale et que, d'autre part, les financements correspondants soient trouvés (C.S.G. par exemple). En effet, les marges de manœuvre en termes de financement par le F.S.V. sont limitées par les choix politiques récents

(nécessité de renforcer le Fonds de réserve sur les retraites et de transférer les droits sur les alcools affectés au F.S.V. au fonds de financement de la réforme des cotisations patronales liée à la réduction du temps de travail). L'ensemble des excédents potentiels du F.S.V. risque d'être affecté au financement de ces politiques.

D'où l'impossibilité pour le FSV d'abonder la réforme de la P.S.D. sur ses recettes actuelles.

Mais sur le principe, et dès lors que les bases législatives seraient acquises, ainsi que les modalités de financement déterminées, qu'il s'agisse d'une prestation gérée par le régime vieillesse ou d'une prestation gérée par les départements, le F.S.V ne voit pas d'obstacle à son intervention : simplement le nombre de ses correspondants, actuellement au nombre de 25 pour les régimes de retraite, serait augmenté d'une centaine.

L'intervention du F.S.V., qui incarne la solidarité de l'Etat auprès des personnes âgées, auprès des populations les plus fragiles (les plus dépendantes et les plus pauvres) est plus facile à défendre politiquement que son intervention dans le cadre de la légalisation de l'aide ménagère des caisses de retraite qui concerne a priori des publics moins dépendants.

En conclusion, le F.S.V. pourrait contribuer à accompagner une réforme du financement de la dépendance. Il faut que la loi le prévoit et il faut dégager une recette. Un financement de l'Etat, s'il s'avère nécessaire, ne procède pas obligatoirement d'une quote-part de CSG mais peut provenir des dotations de l'Etat (DGF : 110 milliards de F.)

**COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DE MONSIEUR RENAULT,  
ADMINISTRATEUR NATIONAL DE L'ORGANISATION AUTONOME DU REGIME  
D'ASSURANCE VIEILLESSE DES PROFESSIONS INDUSTRIELLES ET  
COMMERCIALES ET VICE-PRESIDENT D'UNE CAISSE ORGANIC LOCALE**

Le 11 avril 2000 – 15 H

De façon générale, l'ORGANIC n'a pas de position tranchée sur la nécessité d'inscrire ou non la future prestation dans le cadre de la sécurité sociale. En revanche, Monsieur RENAULT souligne trois aspects principaux.

### **1 – Le recours sur succession**

Si le recours sur succession, dans le cadre de la P.S.D, n'est pas critiquable quant à son fondement, sa mise en œuvre suscite d'importants blocages psychologiques. En effet, le seuil actuel de 300 000 F, au delà duquel s'exerce le recours sur succession, est trop bas. De plus, il n'est pas significatif d'une situation de richesse. En outre, les personnes les plus aisées ont généralement fait jouer en leur faveur les mécanismes existants afin d'échapper à ce type de recours.

**Proposition** : en s'inspirant de ce que font certains départements, notamment le département du Gers, il serait adapté de porter le seuil actuel à un montant de 1 million de F. De plus, il convient de veiller à ce que la mise en œuvre du recours sur succession préserve l'habitation principale occupée afin de ne pas contraindre le conjoint survivant à la vendre.

En revanche, Monsieur RENAULT n'est pas choqué que les tarifs de prestation varient selon les départements, à condition que des directives nationales permettent d'encadrer ces disparités par la mise en place de plafonds.

### **2 – Les aidants**

Il est nécessaire que les infirmières accomplissent les actes et soins les plus techniques auprès des personnes âgées dépendantes. Cependant, afin de limiter les coûts et de répondre aux besoins de ces personnes qui souhaitent avant tout que l'on passe du temps auprès d'elles, il serait adapté de prévoir la possibilité pour d'autres intervenants, formés, de type auxiliaires de vie ou aides ménagère, d'accomplir certains actes tels que les toilettes.

Enfin, il serait souhaitable d'accorder une allocation (indemnité de 1000 F à 2000 F) au conjoint valide qui prend en charge son conjoint dépendant, avec un contrôle de la réalité de l'aide apportée.

### **3 – Le coût des maisons de retraite**

Monsieur RENAULT attire l'attention sur le coût, parfois exorbitant de certaines maisons de retraite et au risque de gaspillage.

**COMPTE-RENDU DE L'AUDITION DE REPRESENTANTS DE L'ORGANISATION NATIONALE DES SYNDICATS D'INFIRMIERS LIBERAUX,**

Monsieur AFFERGAN, Secrétaire Général de Convergence Infirmière,  
 Monsieur LIVINGSTONE, Secrétaire général adjoint,  
 Monsieur CHABOT, Trésorier national,  
 Madame GODART, Trésorière adjointe.

Le 11 avril 2000 – 18 H 30.

L'ONSIL est favorable à la mise en place d'un cinquième risque de sécurité sociale, seule solution à l'harmonisation dans tous les départements.

**1) Les réformes attendues**

. Le recours sur succession : il faut le supprimer car il a contribué à l'échec de la P.S.D. ou bien porter le montant du seuil de recours à un niveau très élevé (1 million de F.)  
 . La prise en compte du patrimoine : l'ONSIL est opposée à la valorisation du patrimoine dans l'appréciation des ressources qui devraient être limitées au revenu brut fiscal : la nouvelle prestation devrait constituer un droit pour tous sur la base d'une contribution de tous, nonobstant le patrimoine possédé. La gestion du patrimoine d'une personne âgée dépendance peut être très conflictuelle au sein des familles.

**2) La gestion de future prestation**

A priori, les représentants de l'ONSIL sont opposés au maintien d'une gestion par les départements, sauf dans l'hypothèse d'une harmonisation efficace.

En fait, la question qui se pose est de savoir si le département souhaite mener une véritable politique gérontologique. Une gestion par les caisses de la nouvelle prestation permettrait une meilleure coordination entre les intervenants sociaux et le personnel soignant même si ce principe remet en cause la décentralisation.

**3) La mise en place d'une véritable coordination de proximité**

On constate actuellement que les interventions autour de la personne âgée ne sont pas coordonnées : la personne âgée démarche elle-même son infirmier, son kinésithérapeute, les administrations qui délivrent des prestations. Il manque un référent, un pilote, pour la personne âgée et sa famille, pour accomplir les démarches de prises en charge. On constate trop de cloisonnements et une insuffisante utilisation du potentiel des acteurs. Il reste à mettre en place une interprofessionnalité, une action de proximité et une véritable coordination.

De même, il faudrait instaurer un lien entre les professionnels de santé et les acteurs sociaux, permettant aux professionnels de santé d'assurer la formation, l'encadrement et le suivi des acteurs sociaux : dans cette logique, l'ONSIL a mis en place localement deux services « Proxima santé » et « Proxima services » qui travaillent ensemble sur la base d'une convention.

Dans le cadre de la P.S.D. actuelle, il est regrettable que les équipes médico-sociales assurent seules l'évaluation du besoin de la personne âgée alors que les professionnels paramédicaux connaissent bien leurs patients. Il serait adapté de mettre en place un partenariat, sous la forme, par exemple, d'une consultation qui se trouve actuellement limitée au médecin traitant.

#### 4) P.S.D. en établissement

L'ONSIL propose la mise en place, aux côtés du directeur d'établissement, d'une unité gérontologique regroupant l'ensemble des professionnels.

## **9. Contributions écrites transmises à la mission**

## **LISTE DES CONTRIBUTIONS ECRITES**

- Association du Service à Domicile (ADMR)
- Fédération générale des retraités de la Fonction publique (FGR)
- Confédération Française Démocratique du Travail (CFDT)
- Association des Maires de France (AMF)
- Union Nationale des Centres Communaux d’Action Sociale (UNCCAS)
- Confédération Française de l’Encadrement – Confédération Générale des Cadres (CFE-CGC)
- Fédération Nationale d’Aide à Domicile en activité regroupée (FNADAR)
- Union Nationale Interfédérale des oeuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS)
- Syndicat professionnel des Commissionnaires de Presse