Cour des comptes

Chambres régionales
& territoriales des comptes

LE MAINTIEN À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE

Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler

Rapport public thématique

Juillet 2016

Sommaire

Délibéré **7**

Introduction **11**

Chapitre I Mieux connaître les besoins des personnes âgées dépendantes **17**

I - Une population vieillissante confrontée à l'aléa de la dépendance 17

A - L'espérance de vie et la part des personnes âgées dans la population 17
B - Une notion de dépendance aux contours mal définis 18
C - La répartition entre hébergement collectif et domicile 21

II - Des attentes régulièrement étudiées 22

A - Les mesures souhaitées par les proches aidants 23
B - Les demandes des personnes âgées et des familles 24

III - Une connaissance imprécise des parcours 26

A - Des informations anciennes et parcellaires sur la situation des personnes âgées dépendantes 27
B - Un obstacle à l'identification des besoins dans la programmation de l'offre 28

Chapitre II Mieux répondre aux besoins **33**

I - Se repérer dans une offre multiforme 33

A - Des opérateurs et des prestations multiples 33
B - Des instances d'information foisonnantes 37

II - Accompagner les parcours 40

A - Préparer les entrées et les sorties à l'hôpital 40
B - Mieux articuler les prises en charge 42
C - Construire un accompagnement adapté 45

III - Disposer d'une offre de services adaptée 51

A - Améliorer la gestion des ressources humaines 51
B - Mettre en œuvre des réformes tarifaires 53
C - Favoriser le regroupement des services 59

Chapitre III Mieux piloter les politiques et cibler les aides **63**

I - Clarifier le pilotage 63

A - Une connaissance des coûts à améliorer 63
B - Des acteurs à mieux coordonner 72

II - Mieux cibler les aides et les financements 80

A - Un financement départemental sous tension 80
B - Des interventions à préciser pour les autres financeurs 88
C - Mieux soutenir les ménages 94

Conclusion générale **101**

Recommandations **105**

Liste des sigles **107**

Annexes **111**

Réponses des administrations, des collectivités et des organismes concernés **147**

Les rapports publics de la Cour des comptes

- Élaboration et publication -

La Cour publie, chaque année, un rapport public annuel et des rapports publics thématiques.

Le présent rapport est un rapport public thématique.

Les rapports publics de la Cour s'appuient sur les contrôles et les enquêtes conduits par la Cour des comptes ou les chambres régionales des comptes et, pour certains, - ce qui a été le cas pour la présente enquête - conjointement entre la Cour et les chambres régionales ou entre les chambres. En tant que de besoin, il est fait appel au concours d'experts extérieurs, et des consultations et des auditions sont organisées pour bénéficier d'éclairages larges et variés.

Au sein de la Cour, ces travaux et leurs suites, notamment la préparation des projets de texte destinés à un rapport public, sont réalisés par l'une des sept chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour des comptes, ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, et donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'indépendance institutionnelle des juridictions financières et statutaire de leurs membres garantit que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La contradiction implique que toutes les constatations et appréciations ressortant d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

La publication d'un rapport public est nécessairement précédée par la communication du projet de texte que la Cour se propose de publier aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses accompagnent toujours le texte de la Cour.

La collégialité intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication.

Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Leur rapport d'instruction, comme leurs projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une chambre ou une autre formation comprenant au moins trois magistrats, dont l'un assure le rôle de contre-rapporteur, chargé notamment de veiller à la qualité des contrôles. Il en va de même pour les projets de rapport public.

Le contenu des projets de rapport public est défini, et leur élaboration est suivie, par le comité du rapport public et des programmes, constitué du premier président, du procureur général et des présidents de chambre de la Cour, dont l'un exerce la fonction de rapporteur général.

Enfin, les projets de rapport public sont soumis, pour adoption, à la chambre du conseil où siègent en formation plénière ou ordinaire, sous la présidence du premier président et en présence du procureur général, les présidents de chambre de la Cour, les conseillers maîtres et les conseillers maîtres en service extraordinaire.

Ne prennent pas part aux délibérations des formations collégiales, quelles qu'elles soient, les magistrats tenus de s'abstenir en raison des fonctions qu'ils exercent ou ont exercées, ou pour tout autre motif déontologique.

*

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour des comptes et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr. Ils sont diffusés par La Documentation Française.

Délibéré

La Cour des comptes, délibérant en chambre du conseil en formation ordinaire, a adopté le présent rapport intitulé *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie : une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler*.

Le rapport a été arrêté au vu du projet communiqué au préalable aux administrations, aux collectivités et aux organismes concernés et des réponses adressées en retour à la Cour. Les réponses sont publiées à la suite du rapport. Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs.

Ont participé au délibéré : M. Migaud, Premier président, MM. Durrleman, Briet, Mme Ratte, MM. Vachia, Paul, Duchadeuil, Piolé, Mme Moati, présidents de chambre, MM. Bayle, Bertrand, Levy, Mme Froment-Meurice, M. Lefas, présidents de chambre maintenus en activité, MM. Maistre, de Gaulle, Uguen, Sépulchre, Guéroult, Clément, Migus, Rousselot, de Nicolay, Mme Dardayrol, M. Senhaji, Mme Périn, MM. Appia, Brouder, Dubois, Thévenon, Fialon, Mme Saurat, conseillers maîtres, MM. Jouanneau, Sarrazin, Delbourg, Mme Revel, conseillers maîtres en service extraordinaire.

Ont été entendus :

- en sa présentation, M. Duchadeuil, président de la formation interjuridictions chargée des travaux sur lesquels le rapport est fondé et de la préparation du projet de rapport ;
- en son rapport, M. Paul, rapporteur général, rapporteur du projet devant la chambre du conseil, assisté de M. Carcagno, Mme Boutereau-Tichet, conseillers référendaires, rapporteurs devant la formation interjuridictions chargée de le préparer, et de M. Antoine, conseiller maître, contre-rapporteur devant cette même formation ;

- en ses conclusions, sans avoir pris part au délibéré, M. Johanet, Procureur général. Il était accompagné de M. Guthmann, substitut général.

M. Filippini, secrétaire général, assurait le secrétariat de la chambre du conseil.

Fait à la Cour, le 5 juillet 2016.

Le projet de rapport soumis à la chambre du conseil a été préparé, puis délibéré le 24 février 2016, par une formation interjuridictions présidée par M. Duchadeuil, président de chambre, et composée de MM. Antoine, Jamet, Banquey, conseillers maîtres, Mme de Kersauson, présidente de chambre régionale des comptes, Mme Renondin, vice-présidente de chambre régionale des comptes, ainsi que, en tant que rapporteurs, M. Carcagno, Mme Boutereau-Tichet, conseillers référendaires et M. Baudais, premier conseiller de chambre régionale des comptes, et en tant que contre-rapporteur, M. Antoine, conseiller maître.

Le projet de rapport a été examiné et approuvé, le 29 mars 2016, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Migaud, Premier président, MM. Durrleman, Briet, Mme Ratte, MM. Vachia, Paul, rapporteur général du comité, Duchadeuil, Piolé, Mme Moati, présidents de chambre, et M. Johanet, procureur général, entendu en ses avis.

Introduction

La proportion dans la population française des personnes âgées de 80 ans et plus devrait doubler entre 2010 et 2060[1]. Selon une projection élaborée par l'Insee[2], elle devrait représenter en 2060 environ 8,4 millions de personnes.

Simultanément, les prévisions de l'Insee font apparaître une évolution vers une forte progression du nombre de personnes âgées dépendantes. Cette augmentation s'élèverait pour la France métropolitaine à 40 % entre 2010 et 2030 et à 100 % entre 2010 et 2060. Le nombre des personnes âgées dépendantes passerait de 1 150 000 personnes en 2010 à 1 550 000 en 2030, puis à 2 300 000 en 2060.

Pour les personnes concernées et leurs familles, la perte d'autonomie est psychologiquement difficile à vivre. Elle l'est aussi financièrement.

La notion d'autonomie désigne la capacité de se gouverner soi-même. Elle englobe les capacités cognitives et motrices et suppose la liberté et la capacité d'agir, d'accepter ou de refuser en fonction de son jugement. L'autonomie est un capital que chacun a à gérer tout au long de sa vie et à préserver au cours de l'avancée en âge. On distingue classiquement trois catégories de personnes âgées : celles qui ont un état de santé bien contrôlé, celles qui sont dites fragiles au plan physique et enfin celles qui sont touchées par une perte d'autonomie et dont l'état de dépendance est très difficile à inverser.

En France, la prise en charge administrative de la dépendance des personnes âgées passe par une évaluation principalement établie au moyen de la grille AGGIR (autonomie gérontologique groupes iso-ressources). Selon les limitations de capacité dont elle souffre, la personne dépendante est classée sur une échelle allant du groupe iso-ressource ou GIR 1 (le plus fort degré de dépendance) au GIR 6 (le plus faible degré de dépendance). Pour

---

[1] Les défis de l'accompagnement du grand âge, Centre d'analyse stratégique, rapports et documents n° 2011-39, p. 19.

[2] Bilan démographique 2015 ; Espérances de vie à divers âges, France métropolitaine - Insee, statistiques de l'état civil et estimations de population bilan démographique 2014.

bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)[3], les personnes âgées doivent être classées en GIR 1 à 4[4].

Le vieillissement de la société française soulève dès lors la question de la prise en charge de cette dépendance dans un contexte de ressources financières limitées.

Au cours de la période récente, la priorité du maintien à domicile a été affirmée dans tous les plans destinés aux personnes âgées dépendantes (« vieillissement et solidarité » en 2003, « solidarité grand âge » en 2006, pour la période 2007-2012, plan « Alzheimer » en 2008-2012, plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019).

Cependant, depuis la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, la modernisation et le développement de la prise en charge des personnes âgées par un hébergement collectif (maisons de retraite, établissements pour personnes âgées dépendantes, logements-foyers) ont été privilégiés par l'État, la sécurité sociale et les collectivités territoriales : ainsi, par exemple, le nombre de lits en maisons de retraite est passé entre 2006 et 2014 de 443 387 à 573 557, soit une progression de 30 %. Cette priorité donnée à l'hébergement en établissement a relativement limité l'espace dévolu aux politiques menées en faveur du maintien à domicile.

Toutefois, la loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées a créé l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et a favorisé le développement de services de soins et d'accompagnement à domicile, ainsi que de nouvelles formules intermédiaires (accueil de jour, hébergement temporaire). L'offre de prestations a ainsi connu une amélioration significative, tant en quantité qu'en qualité de prise en charge, notamment grâce aux moyens nouveaux apportés après la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)[5]. La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement devrait conforter cette évolution.

---

[3] Cf. annexe n° 2.

[4] Cf. annexe n° 1 : la grille AGGIR.

[5] La CNSA a été créée par la loi du 30 juin 2004 à la suite des évènements liés à la canicule de l'été 2003. Elle est notamment chargée de financer les aides en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées, et de garantir une égalité de traitement sur tout le territoire pour l'ensemble des handicaps et des situations de perte d'autonomie. Ses ressources s'élèvent en 2016 à 23 Md€, qu'elle emploie à hauteur de près de 10 Md€ pour financer les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées.

Le rôle de la solidarité familiale est resté majeur dans l'organisation du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Sur le plan juridique, ce rôle est fondé sur le code civil, dont l'article 205 relatif à l'obligation alimentaire confie leur prise en charge à la famille (enfants, petits-enfants, gendres et belles-filles pour les couples mariés). Ce principe explique l'importance du soutien apporté par les proches aidants, bien que les évolutions sociales actuelles tendent à fragiliser la capacité des familles à prendre en charge leurs aînés, mais aussi le caractère relativement récent des politiques publiques visant à accompagner la personne âgée dépendante dans la définition de son parcours de vie.

Le champ de l'enquête

Dans ce contexte, une définition plus précise de la politique de maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie apparaît désormais comme un enjeu majeur pour les pouvoirs publics.

Dans un rapport public thématique de 2005[6], la Cour avait analysé l'ensemble du champ de la prise en charge en établissement et à domicile : elle avait alors constaté que les dispositifs mis en place souffraient de nombreuses faiblesses tenant, notamment, à l'inadaptation de l'offre de services, au faible développement des métiers de l'aide à domicile, à la complexité des systèmes d'autorisation et de tarification des services, et à la difficulté de créer des services polyvalents de soins et d'aide à domicile. Une insertion publiée dans le rapport public annuel 2009[7] avait souligné l'insuffisance des progrès accomplis depuis ce rapport de 2005.

[6] Cour des comptes, *Rapport public thématique : Les personnes âgées dépendantes*, La Documentation française, novembre 2005, 447 p., disponible sur www.ccomptes.fr

[7] Cour des comptes, *Rapport public annuel 2009*, 2ème partie, les suites données aux observations de la Cour des comptes. La prise en charge des personnes âgées dépendantes, p. 253-301. La Documentation française, janvier 2009, 331 p., disponible sur www.ccomptes.fr

La présente enquête ne concerne que le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Elle a été conduite par une formation interjuridictions associant la Cour des comptes et 12 chambres régionales des comptes. Elle a donné lieu à 67 contrôles, dont 5 réalisés par la Cour et 62 par les chambres régionales[8].

Les juridictions financières ont mené leurs investigations auprès des principaux intervenants suivants :

- les acteurs institutionnels que sont les directions centrales de l'administration, et, au premier chef la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), leur opérateur principal - la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) -, les caisses de sécurité sociale (assurance vieillesse et assurance maladie) et les départements qui, dans le cadre législatif et règlementaire établi par l'État, définissent et mettent en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées[9] et sont chargés d'attribuer l'allocation personnalisée d'autonomie (on comptait en 2014 environ 738 000 bénéficiaires de l'APA à domicile). À ce titre, 19 départements ont été contrôlés ;
- les principales structures opérationnelles que sont les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), dont une part importante est gérée par les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS ou CIAS). À ce titre, 17 communes et intercommunalités (dont 14 CCAS), 10 SSIAD, 8 SAAD, 5 associations gérant des SSIAD et des SAAD, ont été contrôlés.

Outre ces acteurs, l'enquête a pris en compte d'autres intervenants avec lesquels les usagers et leur famille sont ou devraient être en contact :

---

[8] Douze chambres régionales des comptes métropolitaines, dans leur configuration antérieure au 1er janvier 2016 : Alsace ; Aquitaine, Poitou-Charentes ; Auvergne, Rhône-Alpes ; Basse-Normandie, Haute-Normandie ; Bourgogne, Franche-Comté ; Centre, Limousin ; Champagne-Ardenne, Lorraine ; Île-de-France ; Midi-Pyrénées ; Nord – Pas-de-Calais, Picardie ; Pays de la Loire ; Provence-Alpes-Côte d'Azur.
Les 62 contrôles réalisés par les chambres régionales des comptes ont porté sur les types d'organismes suivants : départements (19), communes, intercommunalités et centres communaux d'action sociale (17, dont 14 CCAS), SSIAD (10), SAAD (8), associations gérant des SSIAD et des SAAD (5), organismes assurant des hospitalisations à domicile (HAD) (2) et centre local d'information et de coordination (CLIC) (1).

[9] Article L. 113-2 du code de l'action sociale et des familles.

- des formules développées plus récemment, comme les services polyvalents de soins et d'aide à domicile (SPASAD) qui conjuguent les missions des SAAD et des SSIAD, ou les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) consacrées à des prises en charge temporaires à domicile des malades ;
- les organismes chargés de diffuser de l'information, comme les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) ;
- les instances d'évaluation, de coordination ou d'intégration, comme les équipes départementales chargées d'établir le plan d'aide lié à l'octroi de l'APA, les réseaux gérontologiques, les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) ou les coordinations territoriales d'appui (CTA) mises en place dans le cadre des expériences du programme « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA) ;
- les structures d'hébergement intermédiaires (foyers logement, hébergement temporaire et accueil de jour) qui constituent des solutions, notamment de répit, pour les personnes maintenues à domicile et surtout leur entourage.

Les enjeux

Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes concerne chaque citoyen, à travers l'établissement de son projet de vie personnel aussi bien que pour l'accompagnement de ses proches, sachant qu'il n'existe pas de solution globale, unique et identique à tous, de prise en charge de la dépendance.

L'enquête s'est attachée tout d'abord à vérifier si la politique publique menée s'appuyait sur une bonne connaissance des besoins des personnes âgées dépendantes et de leurs aidants (chapitre I).

Elle a examiné ensuite comment les personnes âgées et leurs proches sont informés sur les dispositifs existants, comment ils sont orientés, et dans quelle mesure ils peuvent disposer d'une offre de services adaptée (chapitre II).

Enfin, l'enquête a examiné comment les actions mises en œuvre par les multiples acteurs, tant au niveau national que territorial, sont pilotées et quelles étaient les marges de manœuvre dont disposent les pouvoirs publics pour allouer des ressources limitées (chapitre III).

Chapitre I

Mieux connaître les besoins des personnes âgées dépendantes

Les pouvoirs publics sont confrontés à de sérieuses difficultés dans la connaissance des besoins de la population. Si les données et prévisions démographiques sont précises, l'estimation du nombre de personnes dépendantes s'avère délicate, car cette notion de dépendance a des contours mal définis (I). Les attentes et les demandes de la population sont régulièrement étudiées (II). En revanche, les parcours d'accompagnement et de santé des personnes âgées sont mal connus, ce qui explique, en partie, les carences des documents de programmation dans l'identification des besoins de la population (III).

I - Une population vieillissante confrontée à l'aléa de la dépendance

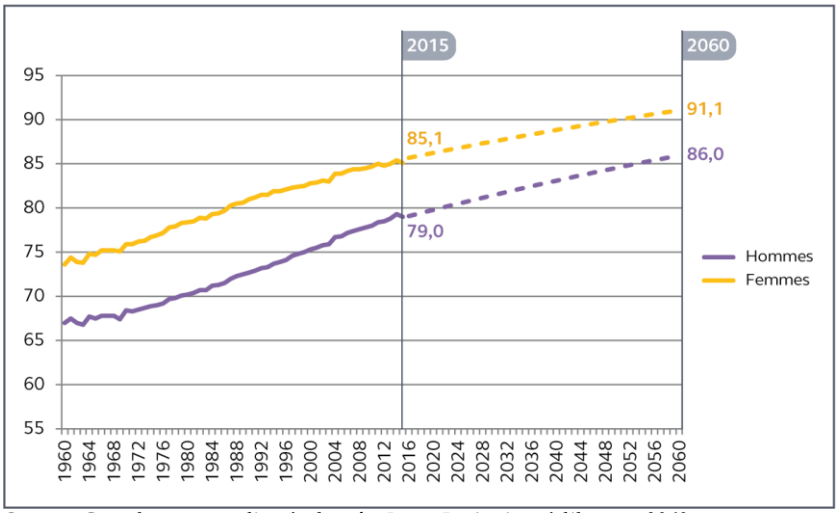
A - L'espérance de vie et la part des personnes âgées dans la population

Selon les chiffres fournis par l'Insee[10], l'espérance de vie à la naissance en France métropolitaine est passée entre 1960 et 2015 de 67 ans à 79 ans pour les hommes et de 73,6 ans à 85,1 ans pour les femmes. Cette hausse a été quasiment continue, à de rares exceptions près[11].

[10] Bilan démographique 2015 ; Espérances de vie à divers âges, France métropolitaine - Insee, statistiques de l'état civil et estimations de population bilan démographique 2014 – série longue.

[11] Comme l'année 2015, où la hausse des décès à des âges très avancés a fait reculer l'espérance de vie à la naissance de plus d'un trimestre.

Graphique n° 1 : évolution de l'espérance de vie à la naissance



Source : Cour des comptes d'après données Insee, Projections à l'horizon 2060

En 2060, selon l'hypothèse centrale développée par l'Insee[12], l'espérance de vie à la naissance devrait être de 86 ans pour les hommes et de 91,1 ans pour les femmes. Dans l'ensemble des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la part des individus de 80 ans et plus augmentera, mais le rythme de vieillissement ne sera pas partout le même. Tandis que le Japon pourrait voir cette part atteindre 15 % de sa population totale dès 2040, ce sont l'Allemagne et l'Italie qui, parmi les pays européens, enregistreront la proportion la plus importante à l'horizon 2050. La France se situerait dans une situation intermédiaire, avec une part des 80 ans et plus qui devrait doubler et atteindre 11 % en 2060.

B - Une notion de dépendance aux contours mal définis

La dépendance n'est pas une fatalité pour toute personne vieillissante. La population concernée est minoritaire parmi les classes d'âge élevées. La notion elle-même est complexe et évolutive.

[12] Insee, Projections de population à l'horizon 2060, octobre 2010.

1 - La population concernée

La mesure du nombre de personnes âgées dépendantes souffre d'imprécisions qui tiennent pour partie à l'instrument utilisé.

Par-delà les insuffisances de la grille AGGIR pour établir un plan d'aide véritablement adapté à l'environnement de la personne et intégrant les perspectives d'évolution à moyen terme de sa situation, plusieurs études ont montré que l'utilisation de cette grille pouvait conduire pour des situations semblables à des appréciations différentes - et donc à des classements en GIR différents -, selon les équipes chargées de cette évaluation et selon les territoires où elle est pratiquée. La loi du 28 décembre 2015 sur l'adaptation de la société au vieillissement de la population a confié à la CNSA la mission d'harmoniser les pratiques des équipes médico-sociales des départements, notamment en ce qui concerne l'évaluation de la situation de dépendance. La CNSA travaille ainsi à l'élaboration d'un référentiel d'évaluation multidimensionnelle des personnes âgées et de leurs proches aidants, en partenariat avec des départements volontaires. Ce nouvel outil devrait être rendu public à la fin de l'année 2016. En attendant cette échéance, un doute subsiste sur la précision des données relatives aux personnes dépendantes.

Si l'on retient toutefois comme critère le bénéfice de l'APA, qui est la seule donnée disponible, le risque individuel d'être confronté à la dépendance apparaît limité. En 2014, 1 250 000 personnes bénéficiaient de l'APA[13] : le rapprochement de ce chiffre avec la population âgée de 60 ans et plus, qui a accès à l'APA, montre que la dépendance ne concerne en France que 8 % de cette classe d'âge[14]. En revanche, parmi les personnes âgées de 75 ans et plus qui bénéficient de l'APA à domicile, 19 % relèvent d'une dépendance sévère (GIR 1 et 2).

Les données établies par la direction de la recherche, de l'évaluation, des études et de la statistique (DREES) dans le cadre du débat national de 2011 sur la dépendance conduisent au même constat : selon ces données, le taux de dépendance est de 8 % parmi les personnes âgées de 60 ans et plus, de 17 % pour les personnes de 75 ans et plus, et de 20 % pour les personnes de 85 ans et plus. La dépendance n'est prépondérante que parmi les personnes très âgées : elle atteint 63 % des personnes de 95 ans et plus[15].

---

[13] DREES, études et résultats, ER 942, novembre 2015.

[14] DREES, Enquête Bénéficiaires de l'aide sociale départementale au 31 décembre 2014 ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2014 (janvier 2015).

[15] Source : synthèse du débat national sur la dépendance (2011).

2 - Une notion complexe et évolutive

Le groupe de travail de juin 2011 sur les « perspectives démographiques et financières de la dépendance » a défini la dépendance comme le résultat de la conjonction, selon un processus itératif complexe, entre des incapacités et un isolement de la personne. Ces incapacités sont toutes les limitations fonctionnelles dues à l'altération de fonctions physiques - comme la marche -, sensorielles - comme la vue ou l'ouïe - et cognitives - comme l'orientation -, qui entraînent des restrictions d'activité, éventuellement compensées partiellement par des aides techniques, l'aménagement de l'environnement ou le soutien apporté par des aidants.

Si l'essentiel de la progression de la dépendance résulte du vieillissement de la population, les progrès de la médecine pourront influencer sensiblement le nombre de personnes effectivement dépendantes : l'incertitude est ainsi particulièrement marquée en ce qui concerne la maladie d'Alzheimer, qui touche essentiellement les personnes de plus de 65 ans et actuellement environ 900 000 personnes en France[16].

En définitive, la notion d'espérance de vie en bonne santé apparaît déterminante pour apprécier le risque de dépendance. À cet égard, les chiffres les plus récents d'Eurostat[17] tendent à révéler une certaine stagnation : de 2004 à 2013, cette espérance est passée pour les femmes de 65 ans de 10 ans à 10,7 ans, et pour les hommes du même âge de 8,5 ans à 9,8 ans. En France, cette tendance à la stagnation est un peu plus marquée chez les femmes que chez les hommes[18]. Toutefois, les enquêtes développées en la matière reposent en partie sur des valeurs déclaratives portant sur les incapacités ressenties, ce qui rend fragile leur valeur prédictive.

[16] Grand débat national sur la dépendance, groupe de travail « perspectives démographiques et financières de la dépendance », juin 2011.
[17] Statistique européenne, Commission européenne.
[18] Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Jean-Marie Robine, communication, avril 2013.

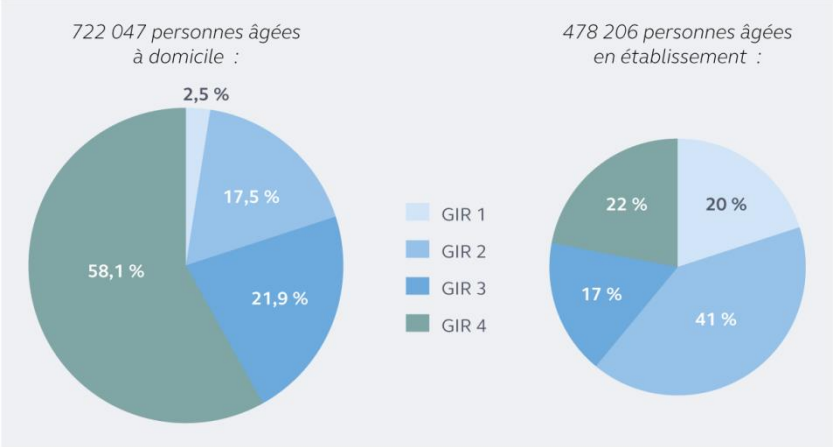
C - La répartition entre hébergement collectif et domicile

La corrélation entre l'aggravation de la dépendance et la prise en charge en hébergement collectif est moins forte dans la réalité que celle qui pourrait être *a priori* attendue.

Le graphique n° 2 suivant montre ainsi que, si la part des bénéficiaires de l'APA à domicile décroît globalement lorsque le niveau de dépendance augmente, un certain nombre de personnes restent maintenues à domicile en dépit d'une situation de dépendance particulièrement sévère.

Ce graphique montre en effet que 20 % des personnes maintenues à domicile relèvent d'un GIR 1 et 2. À l'inverse, près de 40 % des personnes hébergées en établissement relèvent des GIR 3 et 4.

Graphique n° 2 : bénéficiaires de l'APA et niveau de dépendance selon la modalité de prise en charge



Source : Cour des comptes d'après données DREES, données individuelles APA et ASH de 2011

Les politiques publiques doivent prendre en compte que le maintien à domicile n'est pas, en toutes circonstances, la solution optimale, en termes économiques ou de situations individuelles, par rapport à une prise en charge en hébergement collectif.

Au demeurant, l'entrée en établissement de la personne âgée dépendante résulte d'une multiplicité de facteurs spécifiques, tenant notamment à la nature précise de sa dépendance, à la présence et à la

disponibilité de son entourage, mais aussi à sa capacité à faire face financièrement à un hébergement en établissement. Or, l'enquête de la Cour a montré que des raisons financières pouvaient être un facteur de retard à l'entrée en établissement pour des personnes âgées dépendantes. Ces dernières n'ont pas les moyens de payer les prix de journée d'hébergement et elles ne veulent pas faire de demandes d'admission à l'aide sociale, le plus souvent par crainte d'un recours ultérieur sur succession. Ces personnes âgées dépendantes peuvent donc être amenées à rester à domicile dans des conditions particulièrement difficiles.

Dans un autre contexte, certaines personnes âgées et leurs familles refusent le placement en établissement. Elles déploient une grande énergie et d'importants moyens financiers pour mettre en place un soutien à domicile renforcé, assuré par des professionnels et des proches aidants. Cette volonté d'éviter à tout prix le placement en établissement peut nuire à la qualité de la prise en charge de la personne.

Enfin, certaines personnes sont dans des situations d'isolement telles qu'elles ne recourent à aucune aide, alors même que leur niveau de dépendance est important.

II - Des attentes régulièrement étudiées

La construction des politiques publiques d'accompagnement de la perte d'autonomie devrait reposer sur une bonne connaissance des attentes de la population concernée. Celles-ci sont relativement bien connues en raison de certaines enquêtes d'opinion[19], dont les résultats sont cohérents avec les analyses des associations de personnes âgées et les constats rapportés par les professionnels intervenant dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

Ces enquêtes montrent qu'un consensus très net se dégage en faveur du maintien à domicile. 90 % des Français expriment une préférence pour ce mode de prise en charge, ce qui ne les différencie pas, du reste, de leurs voisins européens[20]. Symétriquement, une majorité de Français n'envisage pas de vivre en établissement pour personnes âgées :

[19] Notamment : Baromètre d'opinion, DREES 2014 ; Baromètre UNA, *Senior strategic*, avril 2014 ; Baromètre BVA Santé, avril 2014 ; Dépendance et maintien à domicile, Opinion way, mars 2012.

[20] Cf. notamment : *Health and long term care in Europe*, *Eurobarometer*, Commission européenne, 2007.

on observe toutefois que cette opinion est corrélée avec les revenus, l'aisance financière tendant à accroître l'inclination à vivre dans ce type d'établissement.

A - Les mesures souhaitées par les proches aidants

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)[21] souligne que le maintien à domicile repose en grande partie sur le soutien apporté par les proches aidants. 8,3 millions de personnes de 16 ans et plus aident de façon régulière une ou plusieurs personnes de leur entourage, touchées par des problèmes de santé ou de handicap. Pour les personnes âgées de plus de 60 ans qui vivent en couple, l'aidant est le plus souvent le conjoint (80 % des cas). Avec l'avancée de l'âge, cette aide est le plus souvent remplacée par celle des enfants.

À cet égard, la France ne se distingue pas des autres pays comparables. Dans l'ensemble de l'OCDE, plus d'un adulte sur dix de plus de 50 ans aide une personne fonctionnellement handicapée[22]. Cette proportion, qui est de 12 % au Danemark et en Suède, atteint 16 % en France et en Allemagne, 17 % au Pays Bas, et 20 % en Italie[23]. Parmi les aidants familiaux, la part des femmes est prépondérante : elle est des deux tiers en moyenne. Une ligne de partage se dessine néanmoins en Europe occidentale : au Nord, l'aide est plutôt occasionnelle et assurée également par les filles ou les fils ; au Sud, elle passe essentiellement par la cohabitation d'un des enfants, en grande majorité une fille. Sur ce point, la France et l'Allemagne se situent dans une position plutôt intermédiaire[24].

Le soutien apporté aux proches aidants par les pouvoirs publics est très variable d'un pays à l'autre. Le Royaume-Uni, sous l'influence de puissantes organisations d'aidants comme *Carers UK*, mène une politique structurée, incluant l'octroi d'une allocation aux aidants. D'autres pays, comme les pays nordiques, offrent la possibilité, dans des conditions

[21] ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, le soutien aux aidants non professionnels, juillet 2014.
[22] Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance, Colombo et al. OCDE, 2011.
[23] OECD *Health Statistics* 2013.
[24] Les défis de l'accompagnement du grand âge, perspectives internationales, Centre d'analyse stratégique, 2011.

strictement définies, de rémunérer les aidants familiaux, en utilisant si nécessaire les aides monétaires accordées aux personnes dépendantes. De même, une palette très ouverte de dispositifs, passant souvent par un aménagement du droit du travail, peut être proposée aux proches aidants pour leur permettre de concilier vie professionnelle, vie personnelle et travail de soutien aux personnes âgées. Enfin le recours aux technologies numériques facilite dans certains pays, par exemple au Danemark et en Suède, l'intervention à distance des aidants, ainsi que leur mise en réseau[25].

Selon les enquêtes d'opinion menées en France, les mesures considérées par les aidants comme prioritaires pour faciliter leur existence sont leur formation aux gestes essentiels de soins (72 %) et le développement de structures d'accueil pour les soulager (62 %). En revanche, les aides financières - avantages fiscaux (37 %) ou rémunérations (35 %) - n'apparaissent pas prioritaires.

B - Les demandes des personnes âgées et des familles

1 - Un besoin d'information

À peine plus de la moitié des Français s'estiment bien informés des solutions disponibles pour faire face au risque de la dépendance.

Au cours de l'enquête de la Cour, les représentants des associations des personnes âgées et de leurs familles ont tous fait état d'un besoin d'information sur les procédures administratives et de l'importance d'une bonne orientation vers les services pouvant aider et accompagner les personnes.

Les résultats d'une enquête nationale[26] montrent que 70 % des proches aidants ressentent également le besoin d'être plus informés. Ils souhaitent l'être avant tout par des services de proximité, en particulier les mairies. Une priorité est également donnée à la compétence professionnelle des intervenants à domicile. Dans la hiérarchie des critères de choix, la qualité du travail effectué par l'intervenant se situe au

[25] *Adequate social protection for long-term care needs in an aging society*, Union européenne, 2014.
[26] Association française des aidants, résultats de l'enquête nationale à destination des aidants, décembre 2013.

premier rang, devant le coût du service et la capacité de nouer des relations avec les personnes âgées dépendantes.

2 - Une attente de soutien par les pouvoirs publics

Les Français souhaitent que les pouvoirs publics s'impliquent dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. L'État reste le premier acteur dont le public attend cette implication (41 % des sondés en 2013, 51 % en 2008), devant les enfants ou les familles des personnes concernées (20 % en 2013, 16 % en 2008)[27].

En pratique, le système français occupe une situation intermédiaire entre les pays du Nord de l'Europe, dans lesquels les pouvoirs publics assurent une responsabilité essentielle dans le financement des soins aux personnes âgées dépendantes, et les pays du Sud et de l'Est de l'Europe, où la responsabilité de la famille est considérée comme première, par tradition historique et sous l'effet d'une moins grande importance des ressources publiques[28]. En France, la répartition de la charge est réalisée de manière relativement équilibrée entre la famille et les pouvoirs publics.

Alors que les pays nordiques font largement appel au budget des collectivités publiques, l'Allemagne, le Benelux et certains pays d'Europe centrale s'appuient davantage sur leur système de sécurité sociale. La France, quant à elle, conjugue un financement par les organismes de sécurité sociale et par les collectivités locales. Cette conception a été maintenue à l'issue du grand débat national de 2011 sur la dépendance, qui a écarté la création d'une assurance dépendance obligatoire - le « cinquième risque » -. *A contrario*, l'Allemagne a choisi la voie de l'assurance dépendance obligatoire.

[27] Baromètre d'opinion DREES 2014, avril 2015.
[28] *Adequate social protection for long-term care needs in an aging society*, Union européenne, 2014.

L'assurance dépendance en Allemagne

Le 1er janvier 1995 a été créée une branche nouvelle de l'assurance maladie : l'assurance dépendance, gérée par une caisse d'assurance dépendance. Tous les affiliés à la sécurité sociale lui sont obligatoirement rattachés : en 2012, ils représentaient 88 % du total des assurés. Par ailleurs, les personnes qui s'assurent contre le risque maladie auprès d'une compagnie privée doivent obligatoirement contracter une assurance dépendance privée ; en 2012, elles formaient les 12 % restant[29].

Au 31 décembre 2013, l'assurance dépendance publique bénéficiait à 2 480 000 personnes, l'assurance privée à 162 000 personnes. Dans l'un et l'autre cas, 70 % des bénéficiaires vivaient à domicile[30].

Les niveaux de prise en charge dépendent du niveau de dépendance de la personne âgée, établi par les agents des caisses d'assurance dépendance sur une échelle comportant trois échelons. À domicile, en 2015, les prestations monétaires peuvent aller jusqu'à 728 € mensuels et les prestations en nature jusqu'à 1 612 €. En établissement, le plafond est également de 1 612 €/mois. Un déplafonnement est possible pour quelques milliers de cas les plus lourds, tant à domicile qu'en établissement, dans la limite de 1 995 €/mois.

Au total, l'assurance dépendance, même complétée par l'aide sociale apportée par les communes, ne prend en charge qu'une partie des coûts relatifs à la dépendance. La personne est amenée à contribuer de manière relativement importante à la prise en charge de sa situation de perte d'autonomie : l'intervention publique n'est considérée que comme complémentaire[31].

III - Une connaissance imprécise des parcours

L'identification dans l'ensemble satisfaisante des attentes des personnes âgées s'accompagne d'une absence de connaissance précise des parcours des personnes âgées en perte d'autonomie, ce qui rend difficile la définition d'une véritable programmation de l'offre.

[29] Source : ministère fédéral de la santé, novembre 2013.
[30] Source : *Geschäftsstatistik der privaten Pflegekassen und der privaten-Pflege-Pflichtversicherung.*
[31] Les défis de l'accompagnement du grand âge, perspectives internationales, Centre d'analyse stratégique, 2011, p. 163.

Le droit à la prise en charge financière de la dépendance instauré par l'APA suppose la mise en œuvre de réponses aux besoins des bénéficiaires en termes de parcours.

Le développement de services d'aide à domicile, la diversification des actions proposées, un recrutement de personnel et une formation adaptés aux intervenants seraient de nature à éviter les ruptures dans les parcours par une meilleure coordination de l'offre de proximité (établissement et service médico-social, médecins traitants, services à domicile, services sociaux).

A - Des informations anciennes et parcellaires sur la situation des personnes âgées dépendantes

Les débats récents sur la dépendance ont fait apparaître des carences dans la connaissance des situations de dépendance et de leurs évolutions, mais également dans celle des moyens financiers, humains et techniques qui sont sollicités pour y faire face.

Pour la plupart, les informations disponibles sur ces sujets sont relativement anciennes, puisqu'elles émanent des enquêtes « handicaps incapacités dépendances » (HID) de 1998 et 1999, puis « handicap-santé ménages » (HSM) et « handicap-santé aidants » (HSA) de 2008.

Une nouvelle enquête a été lancée à l'été 2015. Cette enquête dénommée « capacités, aides et ressources des seniors en ménages » (CARE Ménages), menée par la DREES, poursuit trois objectifs principaux : suivre l'évolution de la dépendance, estimer le reste à charge lié à la dépendance et mesurer l'implication de l'entourage auprès de la personne âgée.

Cette enquête devrait permettre de mieux apprécier les situations de dépendance et de cerner plus précisément les besoins. Des lacunes persisteront, en revanche, dans la connaissance des parcours des personnes âgées en perte d'autonomie, et notamment sur les conditions de recours à des hospitalisations ou à des hébergements temporaires, en lien ou non avec la situation de dépendance.

B - Un obstacle à l'identification des besoins dans la programmation de l'offre

La programmation de l'offre de services destinés aux personnes âgées dépendantes doit avoir pour objet de rapprocher l'offre disponible et l'identification des besoins de la population. Cette démarche est une tâche complexe et la programmation doit intégrer des disparités locales souvent persistantes.

1 - Un exercice complexe

En raison de ce niveau insuffisant de connaissance des parcours des personnes âgées dépendantes, il est difficile, pour les autorités en charge de la programmation de l'offre de services destinée aux personnes âgées dépendantes, de traduire les attentes exprimées en besoins identifiés de façon précise et quantitative.

Ainsi, l'analyse des besoins sociaux (ABS), qui est à la fois un diagnostic de territoire et une évaluation des politiques déjà menées, a normalement pour vocation d'éclairer les communes pour le développement de leurs politiques sociales. Les contrôles menés par les chambres régionales des comptes sur les centres communaux d'action sociale (CCAS) ont cependant montré que la plupart d'entre eux ne réalisent pas cette étude, alors qu'ils y sont tenus par la règlementation[32]. Quand ils le font, les analyses sont descriptives et ne permettent pas au conseil d'administration de faire évoluer ses actions (CCAS de Clermont-Ferrand, du Havre, de Montbéliard, de Valence).

Cette carence a été confirmée par la DREES[33] qui a constaté qu'à défaut, l'orientation donnée à l'action sociale était généralement le fruit d'appréciations empiriques plus ou moins formalisées, liées à la connaissance de terrain des élus et des fonctionnaires territoriaux.

Les agences régionales de santé (ARS) chargées de la programmation de l'offre médico-sociale bénéficient pour leur part du soutien méthodologique de la CNSA. Elles n'ont cependant pas pu développer une véritable identification des besoins dans les schémas

[32] Articles R. 123-1 et R. 123-2 du code de l'action sociale et des familles.
[33] DREES, action sociale facultative des communes et des intercommunalités, dossiers solidarité et santé n° 56, septembre 2014.

régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS)[34] de la première génération (2012-2016). Les projections démographiques locales sont difficiles à construire ; des indicateurs qualitatifs partagés permettant de mesurer l'adéquation entre les besoins des personnes âgées et les types d'accompagnement mis en œuvre font souvent défaut. Cette approche devrait en revanche être plus affirmée dans les futurs projets régionaux de santé prévus par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé[35].

Les contrôles des chambres régionales des comptes ont également montré que les schémas gérontologiques départementaux[36] butent sur la difficulté de connaître le profil épidémiologique des ressortissants âgés. Les départements peinent, par ailleurs, à identifier précisément l'offre en services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) existant sur leur territoire : jusqu'à la simplification apportée par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, ils ne maîtrisaient que la partie de l'offre de SAAD prise en charge par les structures qu'ils autorisaient, et non celle des services agréés par le représentant de l'État. La loi a apporté une solution à cette difficulté en ne retenant plus, pour l'avenir, que la procédure d'autorisation départementale.

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement[37] a institué, dans chaque département, une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Cette nouvelle instance pourrait permettre des progrès dans l'identification des besoins locaux. La loi prévoit en effet que chaque conférence départementale « établit un diagnostic des besoins des personnes âgées de soixante ans et plus résidant sur le territoire départemental, recense les initiatives locales et définit un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention ».

Si cette conférence des financeurs représente une avancée indéniable, la question de l'harmonisation des programmations par les divers acteurs

[34] Les schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS) étaient définis à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique, modifié par la loi du 26 janvier 2016. Chaque SROMS décrit de façon prospective et territorialisée, l'organisation des établissements et services médico-sociaux en fonction des besoins des personnes âgées et des personnes handicapées.

[35] Articles 158 et suivants.

[36] Défini à l'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles (CASF), ce schéma a, notamment, pour objet « d'apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ».

[37] Article 3 qui complète le CASF par un article L. 233-1.

concernés (communes, départements, ARS, etc.) de l'offre des services destinés aux personnes âgées dépendantes reste encore non résolue.

2 - Des disparités locales persistantes

Le programme de qualité et d'efficience (PQE) « invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 montre que l'offre de services destinée aux personnes âgées dépendantes varie sensiblement d'un département à l'autre, même si ces écarts tendent à se réduire. En 2014, on comptait en moyenne, en France métropolitaine, 128,4 places en établissements et services pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, mais la dispersion des taux d'équipement autour de la moyenne s'élevait à 18,7 % (elle était de 21,6 % en 2010).

On observe de même que la réalisation d'actes infirmiers de soins (AIS) dispensée en secteur libéral à des personnes de 75 ans et plus varie sensiblement d'un territoire à l'autre. Cette dispersion est corrélée avec la densité d'infirmiers libéraux : en la matière, l'offre semble déterminer la demande. La Cour des comptes[38] a ainsi déjà observé que la répartition des actes infirmiers entre les actes infirmiers de soins (AIS) et les actes médico-infirmiers (AMI) varie selon l'offre globale de soins infirmiers dans chaque département. Ainsi, les actes relatifs à l'hygiène corporelle, qui relèvent des AIS, représentent une part croissante de l'activité des infirmiers libéraux en fonction de leur densité : dans les Bouches-du-Rhône, par exemple, le taux de recours aux AIS des personnes âgées de plus de 75 ans est de 19,2 %, alors qu'il est de 0,7 % dans la Sarthe.

En outre, le PQE fait apparaître des effets de compensation entre les différentes modalités de l'offre : les régions ayant des taux élevés d'équipement en établissements sociaux et médico-sociaux sont caractérisées par un plus faible taux d'AIS par habitant (Bourgogne, Centre, Pays de la Loire, Picardie, et Poitou-Charentes), tandis que les régions du littoral méditerranéen (Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse, Languedoc-Roussillon), à forts volumes d'AIS, se caractérisent par des taux d'équipement bas.

[38] Cour des comptes, *Rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale*, Chapitre IX, les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral. La Documentation française, septembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr

L'harmonisation des taux d'équipement des territoires est l'un des objectifs poursuivis par l'État et ses opérateurs (CNSA et ARS). Elle constitue un indicateur de suivi du PQE. Les contrôles des chambres régionales des comptes montrent en outre que certains départements veillent à une bonne couverture de leur territoire par l'offre de services. Ils modulent ainsi le financement de ces services en tenant compte des frais de déplacements, qui sont plus élevés dans les régions à faible densité de population. Le département du Lot est allé jusqu'à intervenir directement dans l'offre de services.

La création d'une société d'économie mixte (SEM)

En 2010, le département du Lot a décidé de créer une SEM « Lot Aide à domicile » pour pallier les défaillances d'une association gérant des services d'aide et d'accompagnement à domicile dans les zones rurales. Cette société, qui regroupe les anciens opérateurs, intervient auprès de 4 600 bénéficiaires, assurant près de 70 % de l'aide à domicile pour les personnes âgées dans le département. Elle emploie 800 salariés.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

Si les attentes de la population sont bien connues, la complexité de la notion de dépendance, ainsi que la connaissance insuffisamment précise des parcours des personnes âgées dépendantes, constituent autant d'obstacles à une bonne évaluation des besoins. De surcroît, celle-ci relève de différents acteurs qui peinent à se coordonner.

Dans les conditions actuelles, la programmation de l'offre ne garantit pas une bonne adaptation des prises en charge et les personnes âgées ne disposent pas de services équivalents sur l'ensemble du territoire.

En conséquence, la Cour formule la recommandation suivante :

1. *procéder à une analyse précise et harmonisée des besoins des personnes âgées dépendantes (DGCS).*

Chapitre II

Mieux répondre aux besoins

L'offre de services destinée au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes est peu lisible du fait de la multiplicité des intervenants. Les prises en charge proposées restent souvent fragmentaires et ne permettent pas un accompagnement suffisant des personnes.

Cette situation soulève les interrogations suivantes : comment informer et accompagner les personnes âgées dépendantes dans la recherche des solutions qui leur sont les mieux adaptées ? Comment structurer l'offre de services ? Comment favoriser la cohérence des parcours de soins ?

I - Se repérer dans une offre multiforme

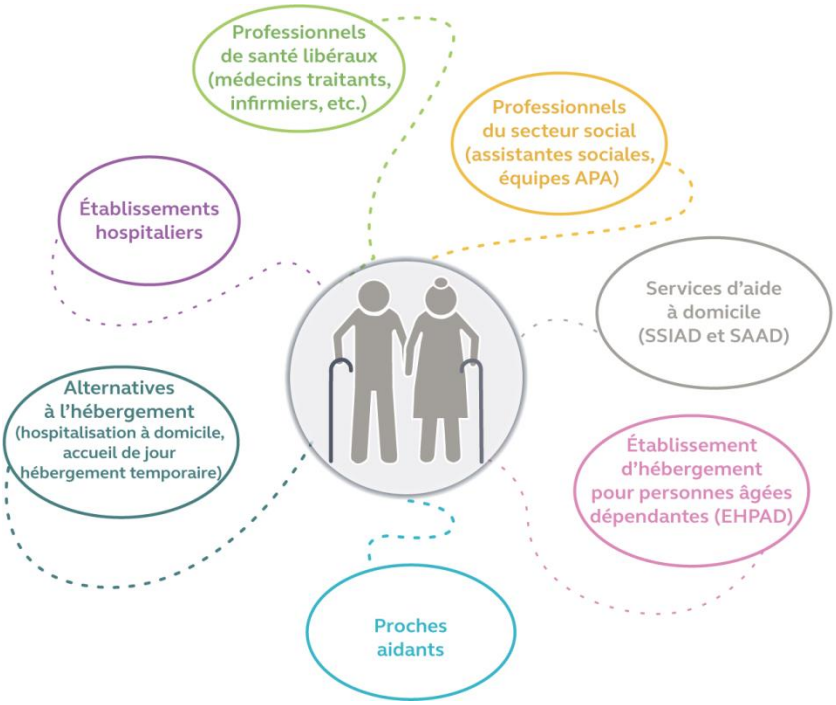
L'offre de prise en charge des personnes âgées dépendantes a été fortement développée au cours des dernières décennies. Ainsi, par exemple, le nombre de places en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) est passé de 81 404 en 2006 à 117 093 en 2014 (+ 43,8 %), alors que celui des lits en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - EHPAD - augmentait de 25,7 % pour atteindre 557 660 lits pendant la même période. En l'absence de déploiement ordonné, cette évolution entraîne une certaine difficulté pour les personnes âgées et leurs proches à s'orienter entre les offres disponibles.

A - Des opérateurs et des prestations multiples

Les personnes âgées en perte d'autonomie qui vivent à leur domicile peuvent recourir à des prestataires de nature très différente selon les secteurs - soins ambulatoires ou hospitaliers, médico-social et social -,

mais également selon le mode d'exercice des intervenants - en libéral, dans un service ou au sein d'un établissement.

Schéma n° 1 : les intervenants auprès des personnes âgées dépendantes dans un parcours de santé



Source : Cour des comptes

1 - Des modes divers de prise en charge

Les structures auxquelles les personnes âgées dépendantes peuvent recourir relèvent de financements divers et entraînent un reste à charge variable pour le bénéficiaire :

- ainsi, les prestations sanitaires (ambulatoires ou hospitalières) sont prises en charge par l'assurance maladie et les montants à la charge des patients sont faibles, voire nuls, s'ils relèvent d'une affection de longue durée ou s'ils bénéficient des remboursements de mutuelles ou de complémentaires de santé ;

- les prestations médico-sociales et sociales - à l'exception de celles qui sont fournies par les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) - laissent des montants plus ou moins importants à la charge des bénéficiaires, sauf pour les plus démunis qui bénéficient d'un financement au titre de l'aide sociale ;
- les prestations destinées à compenser la dépendance sont éligibles à un financement au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou à des aides consenties de façon facultative par les collectivités locales et les organismes de sécurité sociale : le taux de couverture dépend du niveau d'autonomie et des ressources des bénéficiaires ;
- avant la mise en œuvre de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement[39], le régime juridique des services d'aide à domicile, sollicités dans le cadre d'un plan d'aide financé par l'APA, influait également sur les restes à charge de la personne : les services autorisés ne pouvaient dépasser le tarif horaire qui leur était fixé par le département, alors que les services agréés pouvaient facturer à leurs bénéficiaires le dépassement du forfait financé par le département ;
- enfin, le financement des aides techniques, c'est-à-dire des dépenses d'équipement du logement destinées à compenser la perte de mobilité ou éviter les chutes, peut être pris en charge, à des degrés divers, au titre de l'APA ou par les régimes de l'assurance vieillesse - obligatoire ou complémentaire - ou encore de l'assurance maladie.

2 - Des prestations plus ou moins adaptées et accessibles

Un certain nombre de prestations se caractérisent par des difficultés d'accès, pour de multiples raisons financières ou organisationnelles.

[39] La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a mis fin au double régime d'agrément et d'autorisation avec un droit d'option ouvert aux services prestataires d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès des personnes âgées et des personnes handicapées.

Ainsi, la Cour a souligné à plusieurs reprises[40] que l'hospitalisation à domicile (HAD) qui permet à un malade atteint de pathologies lourdes et évolutives de bénéficier chez lui de soins médicaux et paramédicaux complexes et coordonnés dispensés par des établissements de santé est insuffisamment développée. Elle est mal connue des médecins prescripteurs et des malades, et l'offre de soins correspondante est hétérogène et mal répartie sur le territoire.

De même, une étude[41] réalisée dans le cadre de la réforme de la tarification des SSIAD a constaté des obstacles persistants à la prise en charge par ces services des personnes nécessitant des soins importants, entraînant soit des refus d'admission, soit un déséquilibre des budgets.

Le développement de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire souffre également de nombreuses difficultés[42], confirmées au cours de la présente enquête : manque de lisibilité de l'offre sur le territoire, faible connaissance du dispositif par les professionnels libéraux, réticence des personnes âgées à sortir de leur domicile et à intégrer même temporairement un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), sentiment de culpabilité des aidants à l'idée de substituer une aide extérieure à celle qu'ils assurent, reste à charge important pour l'usager, pouvant atteindre 30 € par jour.

Plus des deux tiers des logements foyers (ou résidences-autonomie selon leur nouvelle appellation)[43] sont gérés par des CCAS ou CIAS. Deux tiers d'entre eux présentent des besoins de réhabilitation pour être en conformité avec les normes d'accessibilité ou d'amélioration de leur confort. Leur implantation est par ailleurs hétérogène. La loi du

---

[40] L'hospitalisation à domicile : Évolutions récentes - Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale - décembre 2015 et *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* pour 2013.

[41] « Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ; le coût de leur prise en charge et ses déterminants », sous la direction de Karine Chevreul - URC Eco IdF.

[42] Ces obstacles sont identifiés dans la circulaire DGCS/SD3A n° 2011-444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire.

[43] Les logements foyers sont définis à l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation comme « un établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes dans des immeubles comportant à la fois des locaux privatifs meublés ou non et des locaux communs affectés à la vie collective ». Ces structures équivalent à un domicile dans la mesure où les personnes âgées sont locataires de leur logement. Elles relèvent des 6° et 7° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles qui définit les établissements sociaux et médico-sociaux.

28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement tend à réaffirmer leur place dans la prise en charge des personnes en perte d'autonomie et à favoriser leur développement en encadrant les services offerts.

De même, l'adaptation du logement par des travaux et des aménagements (remplacement de la baignoire par une douche, mise en place de rampes d'accès, etc.) facilite le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. La téléassistance joue également un rôle primordial en permettant une veille sans intrusion. Mais, si les « géron-technologies » offrent des outils précieux d'autonomie, leur intégration dans les plans d'aide est restée marginale jusqu'à présent.

Enfin, la multiplicité des offres disponibles les rend peu lisibles et de ce fait inégalement accessibles, ce qui a conduit les acteurs publics à soutenir la création de multiples structures d'information.

B - Des instances d'information foisonnantes

La plupart des acteurs concernés par le vieillissement des personnes âgées ont en effet mis en place des ressources destinées à informer les personnes sur les services et les prestations proposés. Cette évolution est assurément positive. Toutefois, ces ressources sont inégalement réparties et n'assurent pas une complète couverture territoriale. Elles souffrent également des cloisonnements constatés entre le secteur sanitaire et le secteur social.

1 - Les caisses de retraite

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS), la mutualité sociale agricole (MSA) et le régime social des indépendants (RSI) ont formalisé une offre commune interrégime à travers la signature en janvier 2014 d'une convention intitulée « La Retraite pour le Bien Vieillir - L'offre commune interrégime pour la prévention et la préservation de l'autonomie ». Cette démarche recouvre notamment la diffusion d'informations et des conseils pour bien vivre sa retraite et anticiper sa perte d'autonomie. Des ateliers « Bienvenue à la retraite » ont pour objectif de délivrer des messages sur la prévention du vieillissement et d'informer les nouveaux retraités sur les diverses structures ou associations proposant des activités près de leur domicile. Cette convention a également promu l'élaboration par l'Institut national

de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) d'outils de prévention et de supports de communication à destination du grand public (brochures et site internet). Des points d'accueil retraite sont enfin présents sur l'ensemble du territoire.

2 - L'implication des collectivités locales

Les communes, les CCAS ou les intercommunalités sont des interlocuteurs privilégiés des personnes âgées et de leurs familles. En leur confiant l'identification des personnes les plus vulnérables, l'article L. 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) conforte cette vocation. Ainsi, le CCAS de Dunkerque a doté chacun de ses quartiers d'un « référent sénior » spécialisé dans l'accueil, l'orientation et l'accompagnement des personnes âgées. Ces référents, qui ont reçu une formation en gérontologie, jouent un rôle de pivot dans la politique locale de maintien à domicile.

Cependant, ces institutions sont surtout en mesure de répondre aux demandes d'information lorsqu'un partenariat avec le département est suffisamment développé.

En effet, l'article L. 113-2 du CASF attribue une compétence particulière dans ce domaine au département. Après les premières expérimentations de centres locaux d'information et de coordination (CLIC), avec des portages et des financements divers, notamment par les communes, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales les a confiés aux départements, qui les financent désormais principalement.

La mission des CLIC est très large, puisqu'ils s'adressent à l'ensemble des personnes âgées de plus de 60 ans pour leur donner des réponses préventives et opérationnelles sur le passage à la retraite, l'accès à leurs droits, l'accessibilité du logement et des transports, ou la vie sociale, culturelle et sportive. Outre cette tâche d'information, les CLIC peuvent se voir affecter un rôle d'évaluation des besoins et d'élaboration, voire de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation d'un plan d'aide personnalisé pour les personnes les plus dépendantes.

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), dans un rapport récent[44], a recensé sur l'ensemble du territoire 592 CLIC, qui ont bénéficié d'un financement global de 60 M€. Toutefois, aucune évaluation nationale de leur action n'a été réalisée jusqu'ici. La principale

[44] Évaluation de la coordination d'appui aux soins – décembre 2014.

réserve que l'on peut émettre à leur encontre tient à leur couverture très inégale des territoires, certains départements ne comptant aucun CLIC (l'Oise, la Somme, l'Aveyron, la Haute-Loire, l'Ardèche, la Charente, le Loir-et-Cher, l'Ain), alors que d'autres en comptent plus de dix. Par ailleurs, l'action des CLIC est très variable selon leur implantation : selon les partenariats qu'ils ont noués, ils sont à même ou non de bien informer et d'accompagner les personnes âgées.

Par ailleurs, quasiment tous les départements produisent sur leur site internet une information sur les structures existantes d'aide au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Mais ces données sont sommaires et ne permettent de connaître, ni les conditions effectives de prise en charge, ni la disponibilité réelle et actualisée de ces services.

3 - Les initiatives nationales

Plus récemment, des actions ont été engagées au niveau national pour améliorer l'information des personnes âgées.

Un portail d'information (*pour-les-personnes-agees.gouv.fr*) a notamment été lancé le 4 juin 2015 par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Ce site, conforté par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, renseigne sur les aides, les démarches et les interlocuteurs à contacter. Il met notamment à la disposition des personnes âgées et de leurs proches un annuaire des établissements et des services médicalisés pour personnes âgées, ainsi que des points d'information locaux. En sept mois, plus de 500 000 personnes ont consulté ce site.

Afin de répondre aux questions des usagers qui n'ont pas accès à internet ou qui souhaitent un contact direct, une plateforme téléphonique d'information est également ouverte du lundi au vendredi, de 9 h à 18 h.

Cette initiative répond à un besoin réel des personnes âgées et de leur entourage. Leur information passe néanmoins par un renvoi systématique sur les sites locaux, dont ce portail ne comble pas les manques, au moins dans sa version actuelle. Il ne peut remédier en conséquence à la visibilité imparfaite des ressources disponibles localement et à la persistance de la fragmentation de l'information destinée aux personnes âgées.

Il conviendrait dès lors, tout en appuyant la démarche fédérative de cet outil, d'assurer une plus grande coordination entre les différents points locaux ou spécialisés d'information.

II - Accompagner les parcours

Comme l'ont relevé à plusieurs reprises le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) et la Cour des comptes[45], l'articulation des prises en charge sanitaire et sociale est nécessaire pour une meilleure qualité de vie pour les personnes âgées dépendantes, dont la perte d'autonomie est liée tant à l'altération de l'état de santé qu'à l'isolement.

Or, la construction segmentée des secteurs sanitaire, social et médico-social ne permet pas d'éviter les ruptures. Au-delà de l'information, l'accompagnement global des personnes dans leur parcours de prise en charge apparaît comme une nécessité. Des dispositifs visant à mieux intégrer ces trois dimensions sociale, médico-sociale et sanitaire ont été récemment déployés ou expérimentés. Pour qu'ils soient efficaces, l'organisation mise en place doit cependant être clarifiée.

A - Préparer les entrées et les sorties à l'hôpital

1 - La prévention des hospitalisations évitables

La part des hospitalisations précédées d'un passage par les urgences est très fortement corrélée avec l'âge. Un rapport de l'IGAS de mai 2011 sur « l'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge » indique ainsi que les entrées en hospitalisation par les urgences - ou « hospitalisations non programmées » - représentent en moyenne 41 % des séjours des personnes âgées de 80 ans et plus, alors

[45] Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) « Assurance maladie et perte d'autonomie - Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées » 23 juin 2011 ; Cour des comptes, *Rapport public annuel 2012*, Tome II. La prise en charge des personnes âgées dans le système de soins : des progrès trop lents, p. 179-209. La Documentation française, février 2012, 468 p., disponible sur www.ccomptes.fr

qu'elles ne recouvrent que 24 % des séjours des personnes âgées de 20 à 80 ans. Le rapport de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) sur les charges et produits 2014 souligne que « les personnes de plus de 75 ans représentent 43 % des hospitalisations dites évitables ».

Les hospitalisations non programmées sont entraînées chez les personnes âgées par quatre facteurs majeurs : les chutes, dépressions, effets secondaires médicamenteux, dénutrition et déshydratation. On estime qu'un tiers des personnes de plus de 65 ans et la moitié des personnes de plus de 85 ans font au moins une chute chaque année. Deux fois sur trois, ces chutes surviennent au domicile. La mise en place d'aides techniques (déambulateurs, adaptation des sanitaires, télé-alarme etc.) peut permettre d'anticiper ces chutes ou leurs conséquences. De même, la sensibilisation et l'information des professionnels de premier recours - médecins traitants, mais également aides à domicile - sur la détection des symptômes de dénutrition, de déshydratation ou de dépression, peut améliorer significativement la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Ces démarches préventives sont d'autant plus nécessaires que les professionnels de santé observent que les hospitalisations non programmées tendent à aggraver à leur issue la perte d'autonomie.

2 - Les dispositifs facilitant la sortie des établissements hospitaliers

La CNAMTS a développé des « programmes d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation » (PRADO). Dans ce cadre, des conseillers d'assurance maladie mettent en relation les patients hospitalisés avec des professionnels de santé libéraux qui les prennent en charge à leur retour de l'hôpital. Dans la pratique, les âges moyens des bénéficiaires de ces programmes montrent qu'ils sont *de facto* destinés aux personnes âgées. De surcroît, des PRADO spécifiquement destinés aux personnes âgées de plus de 75 ans ont été développés dans le contexte des parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA).

Ces programmes étant axés sur des prises en charge sanitaires, la CNAVTS complète ce dispositif en facilitant l'accès des personnes retraitées à des prestations sociales (portage de repas et/ou aide-ménagère). Elle coordonne également avec les dispositifs PRADO un programme d'« aide au retour à domicile après hospitalisation » (ARDH) dont l'ambition est de favoriser la prévention de la perte d'autonomie et

le maintien à domicile. La CNAVTS précise qu'à l'issue de cette prestation, attribuée à plus de 53 000 retraités en 2015, 61 % des bénéficiaires n'ont plus besoin d'aucune prise en charge.

Ces dispositifs, limités à certaines pathologies et restant au stade expérimental pour une partie d'entre eux, sont cependant encore peu développés.

B - Mieux articuler les prises en charge

Par ailleurs, chaque secteur de prise en charge (sanitaire, social, médico-social) a développé ses propres dispositifs de coordination. Dans la pratique, faute d'informations partagées, ces dispositifs peinent à coordonner efficacement l'action de l'ensemble des intervenants.

1 - Les tentatives de coordination du secteur ambulatoire

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a tout d'abord mis en place le dossier médical personnel (DMP). Créé et consulté par les professionnels de santé avec l'accord de son titulaire et assorti de garanties de protection des données et de respect du secret médical prévues par la loi, ce dossier informatisé était destiné à recevoir les informations personnelles de santé du patient nécessaires au suivi et à la coordination des soins (analyses de laboratoire, antécédents médicaux et chirurgicaux, certificats, comptes rendus hospitaliers et d'imagerie, notes de médecine préventive, traitements, etc.). Le projet initial prévoyait, après une phase d'expérimentation, une généralisation dès 2007. À mi-juin 2012, 158 000 DMP avaient été ouverts et le coût du projet atteignait près de 500 M€[46]. Deux ans plus tard, en septembre 2014, l'IGAS en dénombrait 554 600. Devant cet échec, la ministre de la santé a confié à la CNAMTS la mission de reprendre le projet, désormais dénommé dossier médical partagé et de le recentrer sur le suivi des patients atteints de maladies chroniques et des patients âgés. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a consacré cette réorientation dans son article 96.

[46] Cour des comptes, *Communication à la commission des finances de l'Assemblée nationale sur le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place*, juillet 2012, 134 p., disponible sur www.ccomptes.fr

La loi du 13 août 2004 a, par ailleurs, reconnu au médecin traitant un « rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins ». La Cour a montré, à la suite d'une enquête conduite en 2012[47], que la volonté du législateur était loin d'être réalisée et que malgré l'adhésion des assurés « ce dispositif est demeuré un parcours essentiellement tarifaire, au demeurant peu compréhensible », les expérimentations de coordination des soins se faisant largement en dehors du médecin traitant.

Un renforcement de l'intervention des médecins traitants en faveur de leurs patients fragiles a été également tenté à travers des majorations tarifaires[48]. Ces dispositions paraissent favorables à la mise en place d'une réelle coordination des interventions auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, notamment auprès de celles qui sont atteintes de maladie neurodégénératives. Il conviendrait cependant de s'assurer de la réalité de leur mise en pratique et d'évaluer leur impact sur le parcours effectif de soins des personnes concernées. En effet, les données transmises par la CNAMTS montrent un recours très faible à ces majorations, à l'exception de la majoration spécifique pour personnes âgées, qui recouvrait en 2014 14,81 millions d'actes. En particulier, la visite longue à domicile n'a concerné la même année que 25 042 actes.

[47] Cour des comptes, *Rapport public annuel 2013*, Tome I. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés, p. 187-218. La Documentation française, février 2013, 657 p., disponible sur www.ccomptes.fr

[48] Création de deux consultations de suivi de sortie d'hospitalisation, valorisées à hauteur de 2C (46 €), l'une pour les patients ayant subi une intervention chirurgicale avec altération de l'autonomie ou chez lesquels a été diagnostiquée une pathologie chronique grave, l'autre pour les patients insuffisants cardiaques au retour d'un épisode de décompensation de leur affection (par l'avenant conventionnel n° 8 du 25 octobre 2012) ; consultation du patient atteint de maladie neurodégénérative, visite longue et complexe, réalisée par le médecin traitant au domicile du patient, en présence des aidants habituels, tarifée 2C ; majoration pour les consultations de patients âgés (MPA) pour les médecins de secteur 1 et de secteur 2 adhérant au contrat d'accès aux soins, calculée sur la base de 5 € par consultation ou visite réalisée pour ses patients âgés de plus de 85 ans au 1er juillet 2013 puis de plus de 80 ans au 1er juillet 2014 ; majoration de déplacement du médecin pour les patients âgés à domicile de 10 €.

2 - Les limites des coordinations portées par le secteur social

Le code de l'action sociale et des familles (CASF) encadre le versement de l'APA à domicile en prévoyant un plan d'aide établi pour chaque bénéficiaire par une équipe médico-sociale « compte tenu du besoin d'aide et de l'état de perte d'autonomie du bénéficiaire ».

La plupart des équipes chargées de l'évaluation de l'autonomie de la personne sont pluridisciplinaires, même si le plus souvent une seule personne se rend au domicile de la personne âgée, comme le montrent les contrôles réalisés pour l'enquête, de même qu'une étude de la DREES de février 2013[49]. Un médecin est fréquemment placé en appui à ces équipes au sein des services du département, mais son rôle est essentiellement centré sur l'évaluation du GIR. En conséquence, le caractère pluridisciplinaire des équipes n'autorise pas les services du département à inclure dans les plans d'aide des prestations de nature sanitaire : dans la pratique, ils ne recouvrent que des services d'aide à domicile et, plus marginalement, des aides techniques, sans intégrer des prestations nécessitant une prescription médicale.

3 - Le caractère déterminant du point d'entrée dans les dispositifs

L'orientation entre les différents modes de prise en charge dépend essentiellement du point d'entrée de la personne âgée dépendante dans ces dispositifs. Si le facteur déclenchant de la prise en charge est une maladie, les prestations seront plus spontanément sanitaires ou médico-sociales : une prescription médicale amènera ainsi à bénéficier des services d'une infirmière libérale ou d'un SSIAD, ou encore d'une équipe spécialisée Alzheimer (ESA). En revanche, si la personne âgée est prise en charge à partir d'une demande effectuée auprès des services sociaux, l'orientation décidée à la suite d'une évaluation par les agents des CLIC ou les équipes APA se fera plus souvent vers des structures sociales. Le point d'entrée détermine donc, selon un modèle en tuyaux d'orgue, le parcours de la personne âgée en perte d'autonomie.

[49] DREES - Gestion de l'APA et de l'ASH Organisation des conseils généraux - Premiers résultats de l'enquête DREES – février 2013 : Résultats à fin 2012, dans le cadre de l'enquête « remontées individuelles APA et ASH 2011 ».

Pour que l'intervention corresponde réellement au besoin de la personne âgée dépendante, qui de surcroît peut être évolutif, il est nécessaire d'établir un plan de prise en charge individualisé et que la personne soit orientée en fonction de l'évaluation de sa situation, et non de l'entité à laquelle elle s'est adressée, vers les professionnels possédant les compétences adéquates.

C - Construire un accompagnement adapté

Plusieurs initiatives nationales ont vu le jour dans les années récentes pour mieux organiser les parcours des personnes âgées. Portées par des directions d'administration centrale différentes, se situant à des stades de développement qui vont d'une quasi-couverture du territoire à une expérimentation limitée, ces dispositifs ont été lancés concurremment, ce qui crée une situation particulièrement confuse pour les acteurs de terrain.

1 - Des dispositifs d'intégration conceptuellement proches mais mis en œuvre séparément

Les réseaux gérontologiques, créés en 1996 et précisés dans leur fonctionnement par une circulaire de 2007, les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), développées par le plan national Alzheimer 2008-2012, et les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), mis en place par l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, entendent tous répondre aux besoins de coordination des acteurs sanitaires - hospitaliers et ambulatoires -, médico-sociaux et sociaux. De même, ils reposent tous sur la notion de parcours de soins et mettent en place des outils analogues, même si les catégories de personnes visées peuvent différer à la marge.

Les réseaux gérontologiques font l'objet de bilans contrastés. Leur couverture du territoire est partielle : le bilan 2013 du fonds d'intervention régional (FIR) montre qu'ils sont fortement concentrés en Île-de-France (14), Poitou-Charentes (13), Provence-Alpes-Côte d'Azur (10), Bourgogne (9) et Lorraine (9). Leur efficacité apparaît mal mesurée et leur activité est très hétérogène. Face à l'apparition des MAIA et des PAERPA, la direction générale de l'offre de soins (DGOS), qui assurait leur tutelle, a amorcé une inflexion de leur action en engageant depuis fin 2012 une évolution des réseaux vers la polyvalence et l'appui à la

coordination des médecins de premier recours. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a en effet créé des « communautés professionnelles territoriales de santé » qui, avec les « équipes de soins primaires », mettront en œuvre des « fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexe » dans le cadre de « plates-formes territoriales d'appui ». Ces dispositifs sont encore embryonnaires, mais il est possible de constater d'ores et déjà l'absence de référence aux autres entités de coordination mises en place (MAIA, Coordination territoriale d'appui), l'élargissement du public-cible qui ne concerne plus uniquement les personnes âgées, et la focalisation de ces nouveaux réseaux sur des enjeux essentiellement sanitaires, puisque ce dispositif vise particulièrement à éviter les hospitalisations inutiles et ne peut être déclenché que par des médecins.

Les *MAIA*[50], quant à elles, ont été déployées très rapidement, ce qui en fait le dispositif le plus largement implanté : fin 2014, 252 MAIA étaient installées sur le territoire. L'objectif affiché par la CNSA est le maillage de l'ensemble du territoire, grâce au déploiement de 350 MAIA à l'horizon de 2016. Le développement de ce dispositif a souffert de sa restriction initiale à la maladie d'Alzheimer, même si la population cible a été élargie au-delà de cette pathologie dès 2011. La loi du 28 décembre 2015 sur l'adaptation de la société au vieillissement a modifié la signification de l'acronyme MAIA, qui signifie désormais « méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie ».

La couverture du territoire par les MAIA est perfectible : les enveloppes financières destinées à financer les entités constitutives ont été distribuées aux ARS sans précision quant au nombre de MAIA susceptibles d'être créées *in fine*, si bien que les territoires couverts sont ceux dans lesquels les porteurs des premiers projets exerçaient leur compétence. Les ARS sont en conséquence contraintes de combler désormais les vides résiduels dans ce réseau. Par ailleurs, dans certains territoires où des réseaux gérontologiques étaient très actifs, leur articulation avec les MAIA a parfois été compliquée. Enfin, la prédominance des départements parmi les porteurs de projets expose les MAIA à un risque de confusion de leur action avec celle des services départementaux, ce qui les éloigne du secteur sanitaire : cette tendance

[50] Circulaire interministérielle n° DGCS/SD3A/DGOS/2011/12 du 13 janvier 2011 relative à la mise en œuvre de la mesure 4 du Plan Alzheimer : déploiement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA).

pourrait être renforcée par la disposition de la loi du 28 décembre 2015 qui les place sous l'égide des conseils départementaux.

Enfin, neuf territoires d'expérimentation des *PAERPA* ont été sélectionnés par la direction de la sécurité sociale (DSS) en 2013. La couverture territoriale de ce dispositif est donc encore très partielle[51]. Leur apport majeur réside dans l'accélération qu'ils ont donnée à l'élaboration d'outils nécessaires à une coordination effective des actions.

Au total, ces trois dispositifs – réseaux gérontologiques, MAIA et PAERPA -, qui visent tous à coordonner les secteurs sanitaire, médico-social et social, et à promouvoir le parcours de soins des personnes âgées ont été développés sans aucune liaison et avec des modes de gouvernance et de financement différents. Certains territoires, tels que le département de l'Essonne, abritent à la fois plusieurs réseaux gérontologiques, des MAIA et un PAERPA, alors même que d'autres territoires restent mal couverts, voire pas du tout. Si certaines articulations entre ces instances ont pu être mises en place localement, le maintien en l'état de ces trois dispositifs concurrents ne se justifie pas : il serait plus pertinent de généraliser les outils qu'ils ont contribué à faire émerger, de définir à l'échelle nationale les modalités de la coordination entre les professionnels et de laisser les ARS identifier les équipes qui en seront chargées localement.

[51] Même si l'extension du dispositif avant même son évaluation a été annoncée par la direction de la sécurité sociale (DSS), dans un communiqué du 7 mars 2016. Dans le cadre du Pacte territoire santé II, cette extension consiste à implanter au moins un territoire d'expérimentation dans chaque région. Un PAERPA va donc être élaboré en Bretagne, Normandie, Auvergne-Rhône-Alpes, PACA et Corse. Dans les régions bénéficiant déjà d'un dispositif, la taille des territoires concernés va être élargie. Un travail est également engagé pour étendre les PAERPA aux départements d'outre-mer.

Tableau n° 1 : organisation et financements spécifiques des dispositifs d'intégration

Type	Réseaux gérontologiques	MAIA	Expérimentations art 70 LFSS 2012	PAERPA
Direction porteuse	DGOS	DGCS et CNSA	DSS	DSS
Personnalité morale	oui	non	non	non
Nombre	111 en 2013	252 fin 2014	11	9
Âge minimum	75	60	75	75
Fonds	FIR	FIR	ONDAM soins de ville	FIR
Montant annuel	23,11 M€	60,22 M€	1 M€	16,83 M€

Source : Cour des comptes

2 - Mettre en place les outils nécessaires à la coordination des actions

a) Conforter l'action des ARS

Les MAIA intègrent des instances de concertation entre les acteurs locaux présents dans leur ressort (« tables stratégiques » et « tables tactiques[52]»). Les PAERPA ont intégré également deux niveaux de concertation, nommés selon la même terminologie que ceux des MAIA. Ces « tables » - stratégiques et tactiques - sont animées par le chargé de projet PAERPA des ARS. Dans la pratique, ces instances sont redondantes avec les instances de concertation territoriale mises en place auprès des ARS. Certains responsables de MAIA se trouvent en outre démunis pour mener à bien les diagnostics territoriaux qui leur sont demandés et n'ont aucune capacité à structurer l'ensemble de l'offre de services.

[52] Une table de concertation correspond à une liste prédéfinie de membres. Elle est réunie sur la base d'un ordre du jour (cahier des charges national des dispositifs d'intégration MAIA, élaboré par la CNSA).

La multiplicité de ces instances de concertation locale favorise à l'évidence le risque de réunir les mêmes acteurs sur des sujets identiques, sans que soient définies clairement les responsabilités respectives. Ce constat amène à réaffirmer le rôle des ARS en matière de coordination entre les domaines sanitaire et médico-social.

b) Développer les outils techniques

Dès la mise en place des réseaux de coordination précités, le développement de certains outils techniques est apparu nécessaire : répertoire opérationnel des ressources (service en ligne mettant à disposition des professionnels des informations détaillées et actualisées sur les ressources locales), dossier numérisé du patient (qui permet l'échange d'informations entre professionnels des secteurs sanitaires et sociaux sur la situation de la personne), outil partagé d'évaluation de la situation des personnes, et surtout système de communication entre les acteurs et les structures.

Alors que les réseaux gérontologiques étaient laissés à eux-mêmes pour concevoir et mettre en œuvre ces outils, les MAIA ont été plus encadrées. Elles ont pourtant été généralisées avant même la mise à disposition des instruments nécessaires au fonctionnement de leur « guichet intégré » : l'outil multidimensionnel d'analyse des situations n'est toujours pas défini, et les systèmes de communication entre partenaires sont d'autant moins opérationnels que, par-delà les contraintes techniques, le droit à déroger au secret professionnel pour les personnels intervenant dans le cadre des MAIA n'a été acté que récemment, dans la loi du 28 décembre 2015.

La démarche PAERPA a été d'emblée mieux structurée puisqu'elle fait appel, depuis son lancement, aux services des structures nationales compétentes pour élaborer des documents normalisés d'information et une messagerie sécurisée commune à l'ensemble des acteurs des trois secteurs. Un décret de décembre 2013 permet la transmission d'informations entre les professionnels participant à un PAERPA. Un arrêté de janvier 2014 autorise, quant à lui, l'accès des ARS expérimentant le programme PAERPA au système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (SNIIRAM).

Ces outils sont en effet indispensables au partage des informations nécessaires à une prise en charge efficace des personnes âgées dépendantes. Ils devront être généralisés sur l'ensemble du territoire.

c) Définir une fonction d'orientation

Les trois types de dispositifs d'intégration ont prévu la prise en charge des personnes présentant les cas les plus complexes. Elle s'effectue par une « équipe opérationnelle de coordination » pour les réseaux ou par des « gestionnaires de cas » pour les MAIA. Les PAERPA comprennent, quant à eux, deux niveaux de coordination des parcours :

- la coordination clinique de proximité (CCP) qui inclut le médecin traitant, un infirmier (libéral ou coordinateur de SSIAD, centres de santé, SPASAD), un pharmacien d'officine, un ou plusieurs autres professionnels de santé en fonction des besoins et qui, sous l'égide du médecin traitant, a la charge d'élaborer le volet sanitaire du Plan personnalisé de santé (PPS) ;
- la coordination territoriale d'appui (CTA) qui repose sur les systèmes de coordination et d'intégration déjà présents sur le territoire (CLIC, réseaux, filières, MAIA) et qui intervient, sur sollicitation des professionnels, des personnes âgées ou de leurs aidants, pour les informer et orienter les personnes âgées dépendantes vers les services répondant à leurs besoins.

L'accumulation de ces dispositifs rend illisible l'ensemble du système mis en place. Elle crée des tensions sur le plan local, d'autant plus inutilement que les acteurs reconnaissent généralement la nécessité d'une fonction commune d'orientation pour les cas les plus complexes.

Compte tenu de la dimension essentielle de la santé dans la perte d'autonomie, ces dispositifs cherchent tous, à juste titre, à intégrer le médecin traitant dans la coordination, mais avec une efficacité très variable selon le contexte local.

Il serait dès lors nécessaire de mieux définir au niveau national les conditions opérationnelles de coordination, sur l'ensemble du territoire, entre les médecins et les autres acteurs de la prise en charge de la dépendance. Cette démarche pourrait être facilitée par l'analyse des résultats des évaluations conduites sur les MAIA et les PAERPA. Il conviendrait également de donner aux ARS et aux financeurs des prestations, notamment les caisses d'assurance maladie, la responsabilité de veiller, d'une part, à ce que toute personne âgée bénéficie effectivement des services d'un médecin traitant, et, d'autre part, à désigner systématiquement une équipe chargée de soutenir celui-ci. Cette équipe support devrait pouvoir répondre aux demandes de tous les professionnels de premier recours, quel que soit leur secteur d'intervention (social, médico-social, hospitalier, etc.), dès lors que la complexité des cas aurait été reconnue selon une grille d'analyse

partagée. Il serait enfin particulièrement opportun d'adosser cette équipe à une structure chargée de l'information des personnes et des familles, afin de permettre une réponse graduée (information, orientation, organisation des prises en charge), selon le degré de complexité de chaque situation.

III - Disposer d'une offre de services adaptée

La prise en charge des personnes âgées dépendantes repose principalement sur l'intervention de professionnels de l'aide et de l'accompagnement qui sont le plus souvent des salariés de services d'aide à domicile. L'offre actuelle pourrait être améliorée par une meilleure gestion des ressources humaines, par un financement mieux adapté des structures et par un regroupement des services.

A - Améliorer la gestion des ressources humaines

Alors que les besoins en personnel peinent à être couverts dans le domaine de l'aide à domicile, la stratégie de formation des agents n'apparaît pas claire, et la stratification des diplômes gêne leur mobilité.

1 - Des cadres d'emploi divers qui génèrent des qualifications disparates

Les services à la personne sont couverts par trois conventions collectives : celle des salariés du particulier employeur (conclue le 24 novembre 1999), celle du secteur privé non lucratif (conclue le 21 mai 2010 et entrée en vigueur le 1er janvier 2012) et celle du secteur privé lucratif (signée le 20 septembre 2012). La loi du 26 juillet 2005 aurait dû conduire au regroupement au sein d'une même branche professionnelle des entreprises privées et des organismes à but non lucratif, mais cette solution n'a pu aboutir, faute d'accord entre les partenaires et la création d'une nouvelle branche a fini par s'imposer[53].

[53] Cour des comptes, *enquête demandée par le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale* : le développement des services à la personne et le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, 190 p., juillet 2014, disponible sur www.ccomptes.fr

Cet empilement de cadres juridiques a pour conséquence des conditions de rémunération et de carrière différentes pour des métiers comparables. Les métiers de l'aide et de l'accompagnement à domicile font majoritairement appel à des intervenants possédant un diplôme de niveau V (diplôme d'État des auxiliaires de vie sociale - DEAVS -, diplôme d'État des aides-soignants - DEAS -, ancien BEP carrières sanitaires et sociales, etc.). Dix-neuf qualifications de niveau V sont dénombrées dans ce secteur, alors que les emplois concernent des publics identiques et font globalement appel aux mêmes compétences. Ce nombre de qualifications a presque quadruplé depuis les années 1980.

L'émiettement des qualifications entraîne des difficultés de mobilité et de progression de carrière. Certains diplômes de niveau V sont ainsi considérés comme plus spécifiques à l'exercice en établissement (aide médico-psychologique), alors que d'autres sont présentés comme plus adaptés à l'exercice à domicile (auxiliaire de vie sociale). La création, par le décret du 29 janvier 2016, du diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social qui permettra la fusion du diplôme d'État d'aide médico-psychologique et du diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale constitue une évolution favorable.

Enfin, les services contrôlés dans le cadre de l'enquête insistent sur leurs difficultés à financer des personnels mieux qualifiés ; les SAAD estiment qu'ils ne peuvent absorber de personnel qualifié (assistants de vie sociale – AVS) au-delà de 30 % de leurs effectifs, s'ils ne veulent pas compromettre leur équilibre financier.

Une rationalisation des qualifications et des diplômes s'avère nécessaire pour offrir des perspectives de carrière et permettre une mobilité des personnels entre l'emploi à domicile et l'emploi en établissement.

2 - Un secteur qui souffre d'un manque d'attractivité

Selon une étude déjà ancienne de la DREES[54], les personnes travaillant dans l'aide à domicile hors soins sont très majoritairement des femmes, relativement âgées et peu qualifiées.

Le travail des intervenants à domicile est fortement morcelé. Les intervenants à domicile concentrent en effet leurs interventions sur trois

[54] « Les conditions de travail des aides à domicile en 2008 » - Dossier solidarité et santé n° 30 2012 (données de 2008).

moments clés de la journée : le matin pour le lever, le petit-déjeuner et la toilette, le midi pour le repas et le soir pour le repas et le coucher. Les heures « creuses » de fin de matinée et de l'après-midi sont parfois occupées par des tâches purement ménagères, mais peuvent parfois être inoccupées.

Pénible, isolé, marqué par une proportion importante des temps partiels et par de faibles rémunérations, le travail d'aide à domicile apparaît précarisé. Ce constat se traduit concrètement par les difficultés de recrutement éprouvées par les employeurs du secteur. On note une difficulté particulière pour recruter des aides-soignants et AVS.

Cette situation est d'autant plus préoccupante que les évolutions sociales, entraînant une moindre disponibilité des proches aidants, nécessiteraient d'envisager un recours accru aux aides professionnelles. Pour y remédier, le gouvernement a lancé le 27 mars 2014 un plan pour les métiers de l'autonomie qui a débuté par la signature, avec quatre organismes de financement de la formation professionnelle, d'un engagement pour le développement de l'emploi et des compétences (EDEC) pour les métiers de l'autonomie. Cet accord comprend deux volets : un soutien à la fonction ressources humaines dans les structures ; une professionnalisation et une qualification accrues des professionnels, grâce notamment à un renforcement de la procédure de la validation des acquis de l'expérience (VAE). Sa portée est toutefois réduite : sa dotation s'élève à 1,8 M€ seulement.

B - Mettre en œuvre des réformes tarifaires

1 - Les SSIAD : une réforme de la tarification à mener à bien

Deux catégories de soins sont assurées par les SSIAD : les soins de base ou relationnels et les soins techniques infirmiers. Les premiers sont réalisés par des aides-soignants, salariés du SSIAD, et les seconds, par des infirmiers, qui peuvent être des salariés du SSIAD, mais qui sont, la plupart du temps, libéraux et payés à la vacation. Les écarts de coût des prestations entre ces deux catégories professionnelles sont fondés sur la différence de technicité des actes. En conséquence, plus les personnes sont dépendantes et nécessitent des soins infirmiers, plus leur prise en charge est coûteuse pour la structure.

Or, la dotation financière des SSIAD est forfaitaire[55] et ne tient pas compte des caractéristiques des patients, alors même que le coût réel de la prise en charge varie de 0,1 à 3,5 fois le montant de la dotation moyenne par patient allouée par l'assurance maladie. Les contrôles des SSIAD menés au cours de la présente enquête ont montré que ceux-ci tendent à ajuster le niveau de dépendance de leur patientèle à leur financement, et opèrent une sélection des prises en charge dans une optique d'équilibre financier.

Ce phénomène a conduit les tutelles à élaborer un projet de réforme de la dotation des SSIAD. À partir d'une étude menée en 2007, un nouveau modèle de tarification a été proposé et validé en décembre 2008 par un comité de pilotage composé de la DGCS, de la DSS, de la CNAMTS et de la CNSA. Par la suite, une enquête nationale a été menée en octobre 2010 auprès de l'ensemble des SSIAD afin de calculer les dotations selon de nouvelles règles. La simulation de ces dotations a été présentée aux représentants des fédérations de SSIAD en juillet 2011. Face au refus des fédérations représentatives des services, des modifications ont été apportées au modèle tarifaire proposé en vue de rééquilibrer les dotations au bénéfice des services plus importants et urbains. Une deuxième enquête nationale a été lancée en octobre 2012.

À ce jour, la concertation sur ce projet de réforme n'a toujours pas abouti. Or, dans les services contrôlés par les chambres régionales des comptes, le niveau de dépendance des patients s'est accru au fil des ans, exigeant des passages de plus en plus fréquents d'aides-soignants, ainsi que des soins infirmiers plus nombreux. Souvent l'équilibre financier n'est atteint que grâce à l'octroi au coup par coup de crédits non reconductibles par les ARS, ce qui ne permet pas aux services de mettre en œuvre une stratégie de long terme. Les gestionnaires du SSIAD de Tourcoing (CCAS) et ceux du SSIAD du centre hospitalier d'Excideuil, en Dordogne, confirment que les contraintes financières auxquelles ils sont confrontés rendent difficile la prise en charge des personnes les plus coûteuses en soins infirmiers.

Dans ce contexte, il conviendrait de mettre en place rapidement un mode de financement des SSIAD qui tienne compte de la réalité des prestations accomplies pour les personnes âgées dépendantes et de la lourdeur des cas.

[55] La valorisation à la place dans l'ONDAM est établie à 10 500 € pour une enveloppe globale de 1,4 Md€.

2 - Les SAAD : une tarification à revoir

a) Les difficultés financières des services

De nombreux SAAD sont confrontés de manière récurrente à des difficultés financières importantes. Plusieurs facteurs expliquent cette situation.

L'enquête des juridictions financières a tout d'abord permis d'établir qu'un certain nombre de services n'atteignent pas la taille critique nécessaire pour absorber les coûts de gestion.

La baisse tendancielle de l'activité des SAAD - liée à la diminution des heures financées par les départements et les caisses de retraites et, pour les services autorisés, à la concurrence des services d'aide à la personne ou d'emploi de gré à gré aux tarifs plus avantageux[56] - est également un facteur de déséquilibre financier. Le financement des SAAD repose en effet traditionnellement sur une tarification horaire, établie *ex ante* sur la base de leur budget et de leur activité prévisionnelle. Lorsque l'activité réalisée est sensiblement inférieure aux prévisions, le service peine à couvrir ses charges. Or les annulations impromptues de prestation sont nombreuses dans ce domaine d'activité.

Par ailleurs, l'organisation des services apparaît complexe et souvent déficiente. L'enquête a montré le rôle décisif du planning des intervenants qui doit tenir compte, afin d'optimiser les prestations, des besoins de la personne aidée, des qualifications de l'aidant, et des temps de déplacement nécessaires. Par ailleurs, les départements tendent à morceler de plus en plus les prestations mises en place dans le cadre des plans d'aide à la personne. En conséquence, les temps de déplacement augmentent, alors qu'ils sont mal pris en compte dans la tarification des services.

Enfin, les contraintes budgétaires des départements comme des caisses de sécurité sociale les conduisent à fixer au plus juste les tarifs de rémunération des services (tarif des prestations dispensées dans le cadre de l'APA pour les services autorisés, tarif de prise en charge au titre de l'APA pour les services agréés). Ainsi, les contrôles des chambres régionales des comptes font ressortir des écarts parfois supérieurs à 3 euros par heure entre prix de revient et prix facturé.

[56] Sans compter les effets éventuels du travail occulte.

Ces évolutions ont conduit à la fermeture ou à la réduction de la capacité d'accueil de services qui n'entraient pas dans des processus de regroupement. Selon les études de la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES), le nombre d'associations actives dans les services à la personne est passé de 6 181 en 2009 à 5 680 en 2013 et celui des organismes publics de 1 432 à 1 360. Pour assurer la continuité du service sur leur territoire, certains départements, comme celui du Lot, ont opté pour une prise en charge directe de certains services.

b) Des mesures d'aide

La loi de finances pour 2012 a créé en faveur des SAAD un premier fonds de restructuration d'un montant de 50 M€ versé en deux tranches en 2012, puis en 2013. Un deuxième fonds du même montant a été mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, lui aussi alloué en deux temps en 2013 et en 2014. Inscrits au budget de la CNSA, ces crédits ont été versés aux ARS qui sont chargées de les distribuer. La signature d'une convention de financement pluriannuelle de retour à l'équilibre, comportant des objectifs de réduction des frais de structure, d'optimisation du temps de travail et d'installation de dispositifs de télégestion, a été systématisée. Environ 600 services ont été aidés de 2012 à 2014. En particulier, 460 SAAD ont obtenu en 2014 une aide au titre du fonds de restructuration : parmi eux, 80 % étaient issus du monde associatif et 18 % avaient déjà été soutenus en 2012 et en 2013.

Ces fonds de restructuration ne constituent qu'une mesure d'urgence ponctuelle. De manière plus structurelle, la CNSA mène depuis 2006 une politique de partenariat avec les départements, les grands opérateurs de l'aide à domicile et les organismes paritaires agréés dans le domaine de la formation professionnelle (OPCA), afin de développer la modernisation et la professionnalisation de l'aide à domicile. Les montants de crédits ainsi affectés oscillent entre 80 et 120 M€ selon les années. Depuis 2007, 81 départements ont ainsi bénéficié d'un soutien de la CNSA pour mettre en place des programmes locaux. Une évaluation externe a été engagée sur les conventions départementales signées avant mars 2012 : elle a conduit la caisse à privilégier, pour ses futures conventions, des actions visant à favoriser une plus grande mutualisation des moyens, à renforcer l'architecture des systèmes d'information, et à mieux gérer les ressources humaines.

c) Des pistes de réforme en gestation

Des expérimentations de tarification ont été autorisées par la loi de finances pour 2012 et précisées par deux arrêtés du 30 août 2012 et du 6 janvier 2014. Le cahier des charges prévoit deux schémas possibles : le premier sur la base d'un financement par des dotations globales, l'autre sur la base d'un tarif couvrant les prestations dites « socle », complété, le cas échéant, par des dotations afférentes à la réalisation de missions de service public.

Actuellement, 14 départements sont en cours d'expérimentation, comme le Doubs, l'Ain ou encore l'Oise. Un rapport d'évaluation de ces expérimentations a été déposé en avril 2015[57]. Il montre que les départements ont contractualisé dans des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) le montant de leur financement et la fixation des objectifs à atteindre par les services. Dix départements ont mis en place, comme ils y étaient autorisés, un mécanisme de forfaitisation de la participation des usagers, calculée sur la base du plan d'aide et non plus à partir des heures effectivement réalisées. Le bilan de cette démarche fait état d'une meilleure maîtrise des dépenses des départements et d'une stabilisation de l'équilibre financier des services. La mission d'évaluation a préconisé de généraliser ces méthodes de tarification en mettant en place des règles nationales de contractualisation et de forfait applicable aux usagers.

Par ailleurs, la CNSA et la DGCS ont engagé une étude nationale des coûts des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile, afin de mieux connaître les prestations réalisées par les services d'aide à domicile. Cette démarche pourrait constituer une aide à la définition par les départements d'objectifs de gestion pour les services.

[57] Évaluation des expérimentations relatives à la tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) – inspection générale des affaires sociales – avril 2015

Une expérimentation dans le Doubs

Le conseil départemental du Doubs a anticipé sur le dispositif d'expérimentation d'une nouvelle tarification ouvert par l'article 150 de la loi de finances pour 2012. L'assemblée délibérante a en effet approuvé le 20 juin 2011 neuf CPOM conclus avec les services prestataires autorisés. Ces CPOM régissent le financement des services par des dotations forfaitaires du département, d'une part, des usagers, d'autre part.

Le contrôle de la chambre régionale des comptes a montré que le département a recherché une meilleure maîtrise de ses dépenses par la définition préalable d'une enveloppe globale de financement, appelée à n'évoluer que selon un taux directeur fixé annuellement. Il répartit cette enveloppe selon l'activité prévisionnelle de chaque service, modulée par les frais de structure, appelés à converger, les frais de déplacement et le niveau moyen de dépendance des usagers.

Les gains de productivité escomptés ont été réalisés et le coût horaire moyen de chacun des services sensiblement réduit. Certaines structures restent cependant déficitaires, même si leurs résultats ont été améliorés, ce qui nécessite un approfondissement de la réflexion sur l'ajustement de chaque dotation.

Il apparaît par ailleurs que la forfaitisation de la participation des usagers rend la budgétisation des dépenses plus aisée pour le service comme pour l'usager. Elle s'accompagne de la possibilité de reporter les heures non effectuées d'un mois sur l'autre, voire d'un bénéficiaire à l'autre, bien que cette faculté ait été utilisée avec prudence par les services. Cette souplesse a déterminé une reprise significative de l'activité des services, mais également une plus grande effectivité des plans d'aide, ainsi qu'une meilleure satisfaction des usagers. En revanche, elle a renchéri le montant de la participation horaire moyenne des bénéficiaires de 0,91 € en moyenne entre 2010 et 2013. Des outils de suivi régulier des heures effectivement réalisées restent à élaborer pour ajuster les plans d'aide.

La Cour considère en définitive qu'il est urgent de modifier le régime de tarification des services, sur la base des résultats de l'évaluation des expérimentations en cours. Dès maintenant, les pistes d'un financement par un CPOM - intégrant les contraintes relatives aux caractéristiques géographiques et socio-démographiques et promouvant des objectifs d'amélioration de la gestion - et d'une forfaitisation de la participation des bénéficiaires doivent être privilégiées, comme le permettent désormais les dispositions des articles L. 232-4 et L. 313-11-1 créées par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

C - Favoriser le regroupement des services

Si les données disponibles ne permettent pas une vision exhaustive du secteur, il demeure que le morcellement des services médico-sociaux à domicile est patent. Ce morcellement est une des raisons qui expliquent la persistance de disparités locales de l'offre, contre lesquelles il convient d'agir pour faire en sorte qu'aucun territoire ne soit délaissé.

L'enquête sur les services de soins infirmiers à domicile menée par la DREES en 2008[58] indiquait que la moyenne des places par SSIAD s'établissait alors à 50 et que le nombre d'ETP moyen était de 11,5, dont 17 % de personnel administratif. Pour 2013, la consultation de la base de données tenue par la DREES[59] permet d'observer une moyenne de 54 places par SSIAD : l'éparpillement de ces structures a donc peu diminué.

De même, la capacité d'accueil moyenne des unités d'hébergement temporaire était en 2013 de 3,9 places installées : la moitié des établissements ne disposait que de deux places au plus.

Certains territoires font cependant exception, comme le Bas-Rhin où l'« association Bas-Rhinoise d'aide aux personnes âgées (ABRAPA) » offre un ensemble de services, dont un SAAD et un SSIAD, et emploie près de 3 000 personnes en 2014.

Pour permettre une plus grande mutualisation entre les services, mais également pour promouvoir une meilleure coordination des intervenants, la réglementation a prévu dès 2004 la possibilité d'une organisation intégrée, sous deux formes : les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS)[60] et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)[61].

Un GCSMS peut être constitué entre les professionnels des secteurs social, médico-social et sanitaire. Les professionnels médicaux et paramédicaux du secteur libéral ou du secteur public n'exerçant pas dans les établissements et les services des membres adhérents peuvent être

[58] DREES Études et résultats n° 739 septembre 2010.
[59] Statistiques et indicateurs de la santé et du social (STATISS).
[60] Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi « handicap » du 11 février 2005, art. L. 3127 et suivants du CASF.
[61] Décret du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

associés, par convention, au GCSMS. Ces organismes servent le plus souvent de support à des mutualisations partielles de services d'achat ou de logistique. Le développement de cette forme de coopération apparaît limité, tant en nombre que dans l'objet de ces groupements.

Les SPASAD assurent à la fois les missions d'un SSIAD et d'un SAAD. Ces services, qui avaient vocation à transcender l'organisation « en silo » caractérisant l'aide à domicile, n'ont pas connu le développement escompté. En effet, le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) ne fait apparaître pour 2014 que 91 structures érigées en SPASAD. Les principaux obstacles à leur développement sont connus : application de systèmes de tarification distincts, conventions collectives différentes, existence de deux budgets, etc.). Ainsi, l'association Saint-Jean à Péronne dans la Somme gère un SAAD aux côtés d'un SSIAD. Ces services n'ont pas fusionné pour constituer un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Les raisons invoquées par l'association portent sur les différences de financement et de statuts des personnels qui ne relèvent pas de la même convention collective. Les relations entre les deux services, installés dans les mêmes locaux, sont cependant très directes ; des interventions ont parfois lieu en binôme au domicile des personnes âgées. Les interventions s'articulent aussi grâce à un classeur de liaison, également à la disposition des autres intervenants.

L'enquête des juridictions financières a montré que les financeurs (ARS et départements) ont une réticence réciproque liée à leur inquiétude quant à la traçabilité des crédits affectés. Les services contrôlés insistent, quant à eux, sur l'absence de financement des temps nécessaires à la coordination des intervenants, ainsi que des prestations à visée préventive (déplacements des ergothérapeutes, des psychologues, des diététiciens).

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement propose en son article 49 d'expérimenter, sur une période de deux ans, une évolution des modalités d'organisation, de fonctionnement et de financement des SPASAD. Il s'agit de promouvoir un fonctionnement intégré pour assurer une plus grande mutualisation des organisations et des outils, mais également pour permettre un accompagnement global de la personne.

Ces avancées sont intéressantes, mais restent timides. Un regroupement accentué des services, au-delà des seuls SSIAD et SAAD, intégrant des structures d'hébergement temporaire ou permanent, permettrait de mieux assurer l'efficacité de la gestion des fonctions supports et des personnels, mais également celle des parcours de soins des personnes âgées dépendantes. Cette organisation supposerait l'accord des différents financeurs et un adossement à un CPOM, permettant

d'établir des objectifs de performances, d'ajuster les financements et d'organiser le contrôle des prestations.

_____ *CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS*_____

L'offre de services destinée aux besoins des personnes âgées se caractérise par une lisibilité insuffisante.

Pour mieux guider les personnes âgées et leur famille, il convient de développer une fonction d'orientation qui, de l'information à la mise en place et au suivi des aides, puisse s'adapter aux besoins de chacun et avant tout à son degré de dépendance.

Cette démarche doit s'accompagner d'une simplification des dispositifs de coordination des parcours (PAERPA, MAIA, réseaux gérontologiques), qui forment un système illisible, alors que les acteurs reconnaissent dans leur ensemble la nécessité de mettre en œuvre une fonction d'orientation pour les cas les plus complexes. Cette fonction devrait reposer sur une meilleure articulation entre le médecin traitant et une instance de coordination, elle-même adossée aux structures chargées de l'information des personnes et des familles.

Il est en outre nécessaire de développer et de généraliser les instruments de partage des informations qui sont nécessaires à une prise en charge performante (répertoire opérationnel des ressources, outil partagé d'évaluation de la situation des personnes, système de communication entre les acteurs et les structures, etc.).

Une telle évolution sera d'autant plus aisée que l'offre de services sera elle-même mieux structurée et qu'elle permettra une prise en charge performante, tant sur le plan qualitatif que sur celui de l'accessibilité.

En conséquence, la Cour formule les recommandations suivantes :

2. *fédérer les organismes dispensant l'information et leur donner une bonne visibilité (DGCS/CNSA) ;*
3. *identifier des structures d'appui aux médecins traitants et aux professionnels de premier recours pour accompagner les personnes les plus dépendantes (ARS) ;*
4. *développer et généraliser les outils techniques nécessaires à la coordination (DGCS/CNSA) ;*
5. *mener à son terme la réforme de la tarification des services d'aide et de soins à domicile (DGCS) ;*

6. *simplifier et rationaliser les qualifications et les diplômes des intervenants à domicile (DGCS) ;*
7. *favoriser le regroupement des services de soins et d'accompagnement à domicile (SGMAS/ARS).*

Chapitre III

Mieux piloter les politiques

et cibler les aides

La politique de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes devrait bénéficier d'un pilotage reposant sur une meilleure connaissance des coûts et une coordination plus efficace des multiples acteurs, tant nationaux que territoriaux (I). Par ailleurs, les aides et les financements devraient être mieux ciblés et assurer un meilleur soutien aux ménages (II).

I - Clarifier le pilotage

A - Une connaissance des coûts à améliorer

La multiplicité des acteurs et des sources de financement complique le chiffrage du coût de la dépendance des personnes âgées et, *a fortiori*, celui de leur maintien à domicile. Pourtant, cet exercice est un préalable indispensable aux choix effectués par les politiques publiques, opérés jusqu'à présent sur la base de repères financiers trop sommaires.

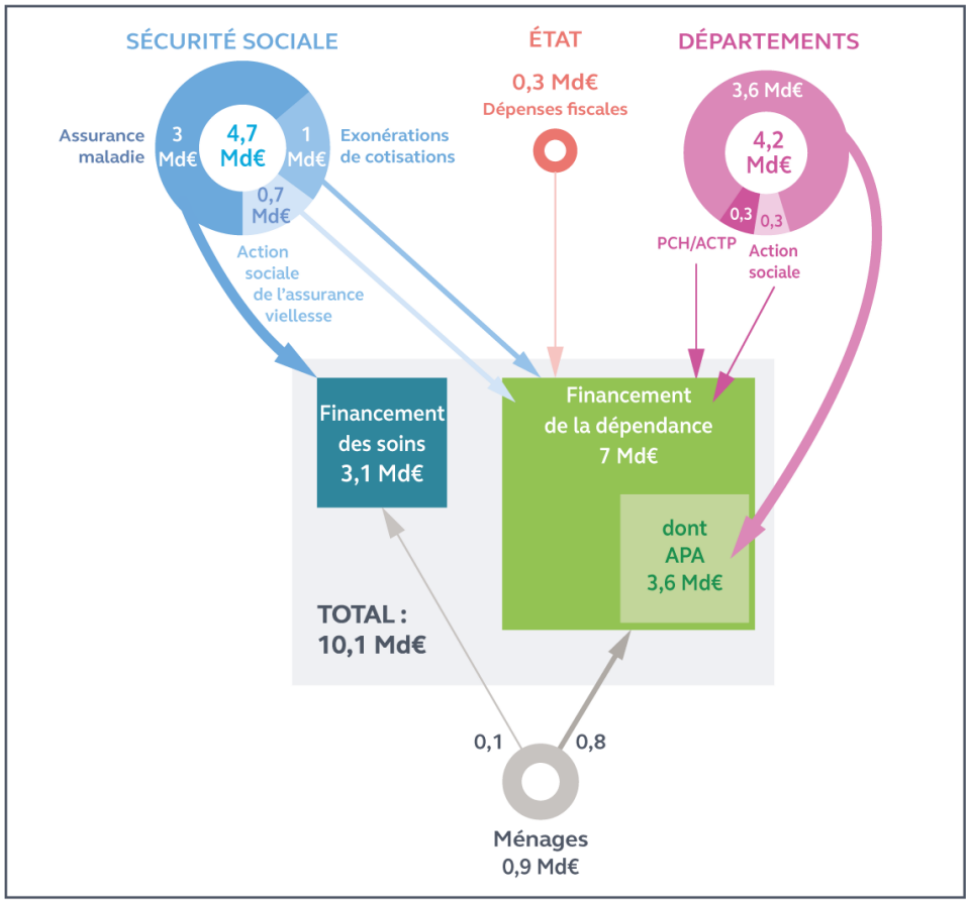
a) Les comptes de la dépendance

Dans un rapport public thématique de 2005, puis en 2009, la Cour avait tenté d'estimer le montant des dépenses publiques consacrées aux personnes âgées dépendantes. Le grand débat national sur la dépendance organisé en 2011 a été l'occasion de relancer ces travaux de chiffrage. Reprenant le périmètre retenu par la Cour en 2005, le « compte financier de la dépendance »[62] cherche ainsi à retracer aussi bien les dépenses publiques que l'effort privé des ménages. Dans le cadre des travaux du Haut Conseil du financement de la protection sociale, menés en vue d'une projection à l'horizon 2060, la DREES a publié en 2014 une actualisation du chiffrage précédent, portant sur l'année 2011. Une nouvelle actualisation est en cours.

Ces calculs permettent d'imputer les dépenses liées au maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie à leurs différents financeurs :

[62] Rapport du groupe n° 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées » (pp. 1-30) et annexe 1 « Présentation du compte financier de la dépendance », juin 2011.

Schéma n° 2 : les financeurs du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes



Source : Cour des comptes, sur la base de données 2011 de la DREES, compte de la dépendance élaboré en 2014

Ces calculs permettent aussi de décomposer les dépenses par grandes finalités (soins, hébergement, dépendance), en distinguant les GIR 1 à 4 des GIR 5 et 6 :

Tableau n° 2 : décomposition des surcoûts liés à la perte d'autonomie

données 2011 en Md€	Établissement	Domicile	Total
Soins GIR 1-4	**7,6**	**3,1**	**10,7**
dépense publique	*7,7*	*3*	*10,7*
ménages	*0*	*0,1*	*0,1*
Hébergement GIR 1-4	**6,4**	**0**	**6,4**
dépense publique	*1,8*	*0*	*1,8*
ménages	*4,7*	*0*	*4,7*
Dépendance GIR 1-4	**2,6**	**6**	**8,6**
dépense publique	*1,9*	*5,1*	*7*
ménages	*0,7*	*0,8*	*1,5*
Sous-total GIR 1-4	**16,6**	**9,1**	**25,7**
dépense publique	*11,2*	*8,2*	*19,4*
ménages	*5,4*	*0,9*	*6,3*
GIR 5-6	**1,6**	**1**	**2,6**
dépense publique	*0,6*	*1*	*1,6*
ménages	*1*	*0*	*1*
TOTAL	**18,2**	**10,1**	**28,3**
dépense publique	*11,9*	*9,2*	*21,1*
ménages	*6,3*	*0,9*	*7,2*

Source : Cour des comptes sur la base des données de la DREES, dossier Solidarité et Santé, n° 50, février 2014

Ainsi, selon ces données, le surcoût du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes s'élèverait à environ 10,1 Md€ (valeur 2011). Ce montant serait financé par la sécurité sociale à hauteur de 4,7 Md€, par les départements pour 4,2 Md€, par l'État pour 0,3 Md€, et par les ménages pour 0,9 Md€.

La fiabilité de ces informations souffre de la complexité de l'association de données provenant de nombreuses sources (État, caisses de sécurité sociale, CNSA, départements), de la difficulté d'identifier les dépenses relatives aux seules personnes âgées dépendantes, et de l'imprécision de la distinction entre hébergement en établissement et résidence à domicile, qui suppose des hypothèses et des conventions d'affectation.

Les dépenses de soins occasionnées par le maintien à domicile ont été évaluées à 3,1 Md€, mais cette évaluation est également fragile. Ce montant se décompose en deux catégories :

- les dépenses en SSIAD pour un montant de 1,4 Md€ en 2011 ;
- le surcoût en soins de la dépendance à domicile qui s'élève à environ 1,7 Md€ en 2011 : la DREES a évalué l'écart des dépenses de soins de ville entre les personnes âgées dépendantes (GIR 1 à 4) et non dépendantes (GIR 5 et 6) ; mais, pour les dépenses hospitalières, le calcul conduit à ne retenir que les dépenses engagées par les unités de soins de longue durée (USLD), en considérant que les autres dépenses correspondent à des soins aigus normalement dispensés aux personnes âgées, sans lien avec leur dépendance ; pourtant, de nombreuses études font apparaître que les hospitalisations évitables ou les durées plus longues de séjour des personnes de plus de 75 ans sont liées à leur dépendance.

Le compte de la dépendance souffre par ailleurs de l'absence de valorisation de l'effort des aidants, qui a été estimé en 2011 entre 7 et 11 Md€ par le Haut Conseil de la famille (HCF). Il est vrai qu'une telle valorisation présente de multiples difficultés et qu'il est malaisé de mesurer l'effort nécessaire pour conforter ou suppléer le rôle des aidants.

Au total, l'imprécision des informations sur les coûts constitue un obstacle important dans la construction de la politique de prise en charge des personnes âgées dépendantes. Elle renvoie à une incapacité à mesurer les besoins, avant même de répartir la charge financière de l'offre capable de les satisfaire. Cette situation empêche surtout les pouvoirs publics d'avoir une perception complète et précise des arbitrages à effectuer et des améliorations à apporter pour accroître la performance de chacun des segments de prise en charge (sanitaire, médico-social et social).

b) Des restes à charge mal évalués

Alors que les enquêtes d'opinion montrent le souhait majoritaire des Français de vieillir à domicile, les données permettant d'éclairer les conséquences financières de l'arbitrage entre maintien à domicile et hébergement en établissement sont lacunaires. En particulier, les études sur les montants qui restent à la charge des personnes âgées dépendantes sont peu nombreuses et imprécises.

La DREES a réalisé en 2011, sur des données de 2007, une « analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables »[63]. Cette étude montre que 26 % des bénéficiaires de l'APA à domicile ont des plans d'aide saturés, c'est-à-dire supérieurs aux plafonds déterminés par la loi, cette proportion étant plus élevée pour les GIR 1 (44 %). Ce constat est significatif d'une sous-estimation d'une partie des besoins : elle se traduit, soit par une contribution financière supplémentaire à la charge des personnes âgées ou de leurs proches, soit par un renoncement aux soins[64].

Une autre étude publiée en 2014[65] porte sur « les bénéficiaires de l'APA à domicile et leurs ressources en 2011 ». Elle montre que, fin 2011, la moitié des bénéficiaires avaient des ressources mensuelles, au sens de l'APA, inférieures à 1 085 euros. Depuis 2007, les montants des plans d'aide ont diminué, alors que le ticket modérateur, c'est-à-dire le montant à la charge du bénéficiaire dans le plan d'aide notifié, a augmenté, avec une hausse médiane de 22 %.

En 2011, un bénéficiaire sur deux avait un plan d'aide inférieur à 466 euros. Le montant mensuel médian à la charge du bénéficiaire était de 60 €. Le montant médian de l'aide mensuelle accordée par les départements était de 356 €. 16 % seulement des allocataires n'avaient rien à payer pour leur prise en charge, contre 23 % en 2007.

Les mesures en faveur de l'APA prévues par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

Un des principaux chapitres de la loi du 28 décembre 2015 porte sur la revalorisation et l'amélioration de l'APA à domicile grâce, notamment, à deux moyens qui seront précisés par décret :

- la revalorisation du plafond des plans d'aide pour l'ensemble des bénéficiaires, de façon plus importante pour les personnes les plus dépendantes ;
- l'abaissement du ticket modérateur pour les personnes aux ressources les plus modestes.

Le coût en année pleine de ces mesures est estimé à 375 M€.

[63] DREES, Étude n° 748 en février 2011.
[64] Une nouvelle étude de la DREES a été publiéele 30 mars 2016 Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix
[65] DREES, Étude n° 876 de février 2014.

Afin d'approfondir la mesure du reste à charge pour les personnes âgées dépendantes, des études de cas ont été élaborées en 2011 par le rapport du comité d'évaluation des dépenses fiscales et niches sociales[66]. Ces données ont été produites par la direction générale du Trésor à partir d'une maquette intégrant l'ensemble des aides et des réductions fiscales. Ces cas-type montrent que le coût pour les pouvoirs publics peut être moindre lorsque la personne est hébergée en établissement que lorsqu'elle est à domicile[67]. Ils font apparaître également un reste à charge individuel beaucoup plus important pour l'hébergement en établissement médico-social que pour la prise en charge à domicile. L'essentiel de cet écart s'explique cependant par le fait que le modèle repose sur deux hypothèses qui rendent très mal compte des réalités :

- la première consiste à n'intégrer des dépenses liées au logement que pour l'hébergement en institution, ce qui méconnaît les situations dans lesquelles les personnes sont locataires de leur domicile, mais également les charges afférentes à l'entretien du logement lorsqu'elles sont propriétaires[68] ;
- la seconde réside dans le calcul du reste à charge à domicile par la seule prise en compte des dépenses comptabilisées dans le plan d'aide : cela revient à estimer que ces aides couvrent l'ensemble des besoins, ce qui est optimiste.

Consciente de l'insuffisante connaissance des restes à charge réellement supportés par les personnes âgées dépendantes, la DREES prévoit d'établir de nouvelles études de cas. Elles prendront appui sur les données individuelles qu'elle a collectées en 2015 auprès des personnes elles-mêmes et de leurs aidants, dans le cadre de l'enquête dénommée CARE (capacités, aides, ressources des séniors). Il apparaît en effet indispensable, afin de bien préciser les enjeux de la dépendance, de mesurer correctement et de manière complète les coûts respectifs du maintien à domicile et de l'hébergement en établissement, tant pour les dépenses publiques que pour les contributions individuelles.

[66] Annexe C sur les services à la personne, 2011.

[67] Pour une personne « en GIR 4 ayant la même pension de retraite (1 500 euros mensuels) et un plan d'aide égal à 352 € par mois, le montant des aides à domicile s'élèvera à 374 € par mois » (contre 255 € par mois en établissement pour des tarifs hébergement et dépendance moyens).

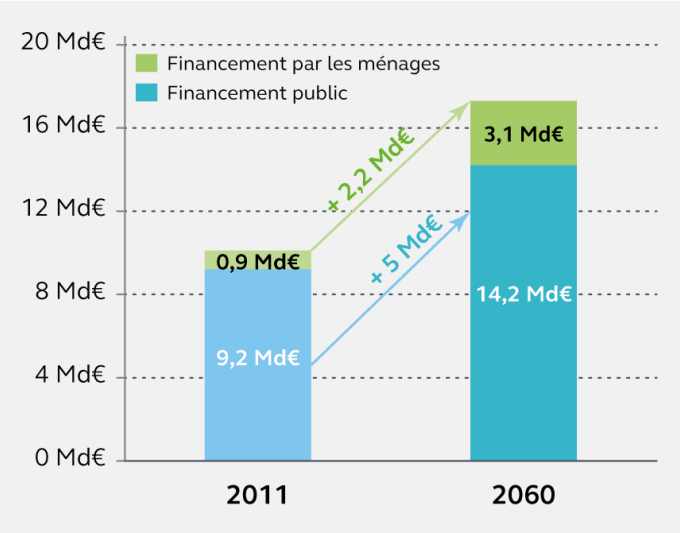
[68] L'hébergement en institution est estimé à 1 444 € par mois.

c) Des prévisions à affiner

Dans le cadre du débat national sur la dépendance de 2011, une évaluation du coût de la dépendance à l'horizon 2040 a été effectuée par le groupe de travail n° 2. Dans le scénario démographique intermédiaire et à législation constante retenu par le groupe de travail, l'effort global des ménages – à domicile et en établissement - passerait de 7 Md€ (soit 0,37 point de PIB[69]) en 2010 à 12,6 Md€ (soit 0,65 point de PIB) en 2040.

En distinguant selon le lieu de résidence, les seules prévisions disponibles sur l'évolution à long terme de l'effort demandé aux financeurs de la dépendance sont celles de la DREES, qui a publié en février 2014 une projection à l'horizon 2060 du compte de la dépendance, en faisant apparaître l'évolution des financements publics et privés. Le tableau suivant présente l'évolution des financements selon le scénario central retenu par cette projection[70].

Graphique n° 3 : évolution du financement public et par les ménages du maintien à domicile entre 2011 et 2060 (en € constants)



Source : Cour des comptes d'après données DREES, dossier Solidarité et Santé, n° 50, février 2014

[69] PIB, base 2010.

[70] Doublement de la population âgée dépendante en 2060 ; structure par GIR 1-2 et 3-4 pratiquement stable ; répartition domicile/établissement stable.

Ces travaux mettent en évidence un accroissement important de la dépense. Au total, le coût du maintien à domicile passerait de 10,1 Md€ à 17,3 Md€ (soit de 0,50 à 0,86 point de PIB[71]). Mais l'effort privé passerait de 0,9 Md€ à 3,1 Md€ (soit de 0,04 à 0,16 point de PIB), pendant que l'effort public augmenterait de moitié, passant de 9,2 Md€ à 14,2 Md€ (soit de 0,46 à 0,71 point de PIB).

Selon ces prévisions, les ménages financeraient en 2060 17,9 % des dépenses totales liées au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, au lieu de 8,9 % en 2011. L'effort public croîtrait également (+ 54 %), mais beaucoup moins vite que l'effort des ménages (+ 244 %).

Même si, compte tenu des niveaux de départ, l'augmentation restait plus importante pour l'effort public (+ 5 Md€, soit + 0,25 point de PIB) que pour l'effort privé (+ 2,2 Md€, soit + 0,12 point de PIB), cette évolution vers un effort accru des ménages solliciterait de plus en plus la solidarité familiale.

Tableau n° 3 : évolution des financements entre 2011 et 2060 (en euros constants)

	2011		2060		Évolution
	pts de PIB	en Md€	pts de PIB	en Md€	
Effort public	**1,05**	**21,1**	**1,77 (+ 0,72)**	**35,4 (+ 14,3)**	**+ 68 %**
à domicile	*0,46*	*9,2*	*0,71 (+ 0,25)*	*14,2 (+ 5,0)*	*+ 54 %*
en établissement	*0,59*	*11,9*	*1,06 (+ 0,47)*	*21,2 (+ 9,3)*	*+ 78 %*
Effort des ménages	**0,36**	**7,2**	**0,81 (+ 0,45)**	**16,2 (+ 9,0)**	**+ 125 %**
à domicile	*0,04*	*0,9*	*0,16 (+ 0,12)*	*3,1 (+ 2,2)*	*+ 244 %*
en établissement	*0,32*	*6,3*	*0,66 (+ 0,34)*	*13,1 (+ 6,8)*	*+ 108 %*
TOTAL	**1,41**	**28,3**	**2,58 (+ 1,17)**	**51,6 (+ 23,3)**	**+ 82 %**
à domicile	*0,50*	*10,1*	*0,86 (+ 0,36)*	*17,3 (+ 7,2)*	*+ 71 %*
en établissement	*0,91*	*18,2*	*1,71 (+ 0,80)*	*34,3 (+ 16,1)*	*+ 88 %*

Source : Cour des comptes d'après données DREES, dossier Solidarité et Santé, n° 50, février 2014

[71] PIB, base 2011.

Cette tendance vers un déplacement de la ligne de partage entre financement public et financement privé met en lumière l'enjeu de la redistribution de l'aide publique entre ménages selon leurs niveaux de revenu. Des précautions doivent toutefois être prises dans l'utilisation de ces données, compte tenu du caractère très lointain de ces prévisions et des incertitudes liées aux progrès de la médecine et au développement des nouvelles technologies. Si ces projections contribuent à éclairer la réflexion collective, elles ne suffisent pas pour fournir aux décideurs publics les outils d'aide à la décision dont ils ont besoin.

B - Des acteurs à mieux coordonner

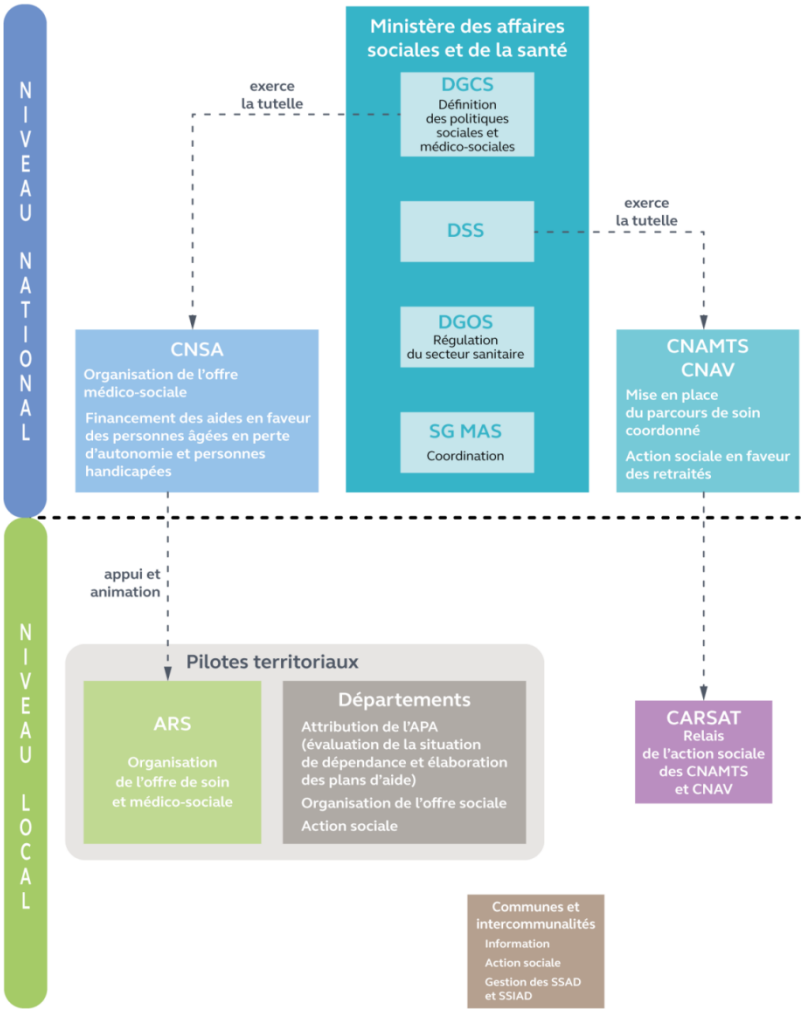
La politique menée en faveur des personnes âgées dépendantes est, depuis les lois de décentralisation, partagée entre l'État, la sécurité sociale et les collectivités locales, en particulier les départements.

Cette complémentarité entre un échelon central qui définit la politique publique, des collectivités locales fortement responsabilisées dans la mise en œuvre des dispositifs et des caisses d'assurance impliquées dans le financement des prestations est un trait commun à la plupart des pays développés[72].

En Allemagne, par exemple, la création en 1994 de l'assurance dépendance obligatoire s'explique en partie par le souci de soulager les *Länder* et les communes, sur lesquels reposaient, à travers l'aide sociale, l'essentiel de l'effort public en faveur des personnes âgées dépendantes. En Italie, l'État n'intervient qu'au moyen de « lois cadres », les services destinés aux personnes âgées relevant de la compétence des régions et des communes. En Angleterre, l'essentiel de l'aide est fournie par les 153 collectivités locales, en pratique les services sociaux des *councils*. Au Québec, la politique publique est davantage centralisée, mais les plans d'action de la Province sont appliqués par des centres locaux de services communautaires impliquant les élus. Au Japon, la prise en charge de la dépendance repose sur un système d'assurance universel s'adressant à tous les plus de 65 ans, dans lequel l'État est l'organisateur et la commune l'établissement « assureur ».

[72] Les défis de l'accompagnement du grand âge, perspectives internationales, Centre d'analyse stratégique, 2011.

Graphique n° 4 : les acteurs institutionnels du maintien à domicile



Source : Cour des comptes

1 - À l'échelon national, une approche transversale à développer

Même si la gestion de nombreuses prestations relève des départements, l'État conserve son pouvoir de règlementation générale et de définition des politiques sociales. À cet égard, la situation des personnes âgées en perte d'autonomie relève de nombreuses directions d'administration centrale.

La direction générale de la cohésion sociale (DGCS) « définit et veille à l'application de la politique d'intégration dans la vie sociale et citoyenne, d'aide à l'autonomie, d'accompagnement et de prise en charge à domicile et en établissement […] des personnes âgées ». En pratique, son action est centrée sur les segments social et médico-social de la prise en charge des personnes âgées, sans intervention dans le domaine sanitaire. Au cours de la période récente, elle a joué un rôle interministériel dans la préparation du projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, qui recouvre des politiques publiques extérieures au ministère chargé des affaires sociales et de la santé ((habitat, urbanisme, vie associative) : ce positionnement transversal apparaît toutefois lié à ce texte particulier.

Au sein même du ministère des affaires sociales, la régulation du secteur sanitaire, qui est essentiel pour les personnes âgées dépendantes, est assurée à la fois par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), chargée de l'organisation des établissements publics de santé et des conditions d'exercice des professions médicales et paramédicales, et par la direction de la sécurité sociale (DSS) qui, au-delà du rôle de tutelle qu'elle exerce sur les organismes de sécurité sociale, élabore et met en œuvre les politiques relatives à la couverture des risques, notamment maladie et vieillesse[73].

L'articulation des compétences entre la DGCS, la DGOS et la DSS est réalisée principalement à travers le comité national de pilotage des Agences régionales de santé (CNP), ainsi que par des réunions de travail préparant des projets de loi ou des plans de santé publique (plans *cancer* ou *maladies neuro-dégénératives*). Ce travail de coordination manque de précision quant à la responsabilité réelle de chaque participant. Le secrétaire général des ministères des affaires sociales (SGMAS) fait état

[73] Cf. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chap. VI, la stratégie et le pilotage central de l'organisation du système de soins : une réforme nécessaire, p. 217-244. La Documentation française, 15 septembre 2015, 756 p., disponible sur www.ccomptes.fr

de projets visant à mieux articuler l'action des directions d'administration centrale et à mieux assurer la cohérence des travaux transversaux : la difficulté la plus notable reste cependant moins celle de la redondance des interventions que la concurrence latente entre ces directions d'administration centrale.

Située à la confluence de ces directions, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a été créée par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, afin de « sanctuariser » et de redistribuer les crédits issus de la « journée de solidarité ». Selon la direction du budget, la CNSA est « l'acteur principal de la mise en œuvre de la politique de prise en charge de la dépendance dans toutes ses dimensions ». S'agissant des personnes âgées, l'action de la CNSA est essentiellement centrée sur l'organisation de l'offre médico-sociale, ainsi que le montre le rôle qu'elle joue dans le déploiement et l'animation du réseau des MAIA.

La mission de la CNSA a été renforcée par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, tant pour l'animation des équipes territoriales que pour le financement de mesures nouvelles. Toutefois, ses interventions dans le champ médico-social s'arrêtent à un fléchage général des financements et elle n'intervient pas dans le pilotage du domaine sanitaire : son rôle d'animation est centré sur le secteur social, du ressort principal des départements, avec l'objectif principal de réduire l'hétérogénéité des pratiques.

Enfin, les Caisses nationales de sécurité sociale exercent un rôle important dans l'organisation des prises en charge des personnes âgées :

- la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) assure la mise en œuvre des accords « conventionnels » passés entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les syndicats représentatifs des différentes professions de santé, notamment pour la mise en place du parcours de soins coordonnés ; elle a pour objectif la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et accompagne l'évolution des comportements des patients et des professionnels ; elle définit enfin et promeut la prévention de la maladie ;
- la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) conduit, quant à elle, une action sociale en faveur des retraités, pour un montant global de 385 M€ en 2014 ; elle dispense à ce titre des conseils et des aides financières et matérielles aux retraités autonomes, mais fragilisés (GIR 5-6), afin de les aider à continuer à vivre chez eux.

Entre l'État et les caisses, le partage des compétences et la définition des objectifs sont déterminés à travers des conventions d'objectifs et de gestion (COG). Les caisses signent également entre elles des conventions « métier » portant sur la coordination des actions de prévention, le soutien à domicile, les aides techniques, les actions expérimentales, les échanges d'informations nécessaires à cette coordination, des analyses et études communes, etc. D'autres conventions CNSA-CNAMTS ont une portée financière.

La DGCS estime que la création d'un Haut Conseil de l'âge, dans le cadre de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, devrait favoriser une approche mieux articulée des politiques touchant les personnes âgées.

En définitive, toutefois, malgré les efforts réalisés pour coordonner leurs actions, la présence d'acteurs multiples complique le pilotage de la politique en faveur des personnes âgées : la césure entre les secteurs sanitaire, médico-social et social reste ainsi très marquée au sein des instances nationales, comme l'a montré le lancement parallèle de dispositifs de coordination aux objectifs semblables.

2 - Au niveau local, une coopération entre acteurs à amplifier

Les principaux acteurs institutionnels contribuant localement à la politique de maintien à domicile sont les collectivités territoriales, les ARS et les organismes de sécurité sociale. Les départements et les ARS ont un rôle majeur : ils doivent être les pilotes de la politique en faveur des personnes âgées dépendantes.

a) Les collectivités territoriales

La loi du 22 juillet 1983 a confié aux départements une compétence de droit commun en matière d'aide sociale. La loi du 13 août 2004 leur a reconnu un rôle de chef de file en matière sociale et médico-sociale. L'article L. 113-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF), modifié par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, élargit leurs attributions, notamment en matière de coordination des actions menées en faveur des personnes âgées et de leurs proches aidants. Ils peuvent signer des conventions avec les ARS, les organismes de sécurité sociale ou tout autre intervenant. Enfin, les départements attribuent l'APA : leurs équipes procèdent à l'évaluation de la situation de dépendance des personnes âgées et sont chargées de l'élaboration des plans d'aide.

Les communes ont peu d'attributions obligatoires : la constitution d'un registre des personnes âgées, l'enregistrement des demandes d'aide sociale légale, et surtout l'institution des centres communaux d'action sociale (CCAS). L'essentiel de l'action sociale des communes est d'ordre facultatif, ce qui est susceptible de créer des disparités dans l'offre territoriale. Si certains CCAS proposent diverses prestations en matière de maintien à domicile, d'autres, tels que le CCAS de Dijon, ont choisi d'intervenir essentiellement en subsidiarité des associations et de l'offre commerciale en matière de maintien à domicile en mettant en place des dispositifs en direction des publics les plus fragiles.

Toutefois, il n'existe pas de bilan de l'offre proposée par les communes, ce qui ne permet pas d'évaluer objectivement ces disparités. L'articulation avec les départements est très variable.

Les CCAS sont les principaux gestionnaires des logements-foyers : ils représentent, avec une capacité de 64 650 places autorisées, 71 % du parc national. Ils gèrent aussi un grand nombre de SAAD, plus rarement des SSIAD, ainsi que des services spécifiques tels que le portage de repas ou la télésurveillance. Ils proposent plus ponctuellement des actions de garde-malade, des aides aux travaux de jardinage, de bricolage, d'assistance informatique, aux soins esthétiques à domicile, à la collecte et livraison de linge. Ils sont, en revanche, le plus souvent défaillants dans leur mission d'analyse des besoins sociaux, prévue à l'article R. 123-1 du CASF.

b) Les ARS

La création des Agences régionales de santé (ARS) par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) visait à simplifier le système de santé et à réunir, au niveau régional, les services de l'État et de l'assurance maladie. En leur confiant l'organisation de l'offre sur l'ensemble du champ de la santé, le législateur souhaitait que « les ARS surmontent les cloisonnements sectoriels et garantissent une conduite plus cohérente et plus efficace des politiques de santé sur un territoire ». En pratique, leur périmètre d'action recouvre l'ensemble du champ sanitaire et une partie du secteur médico-social, lorsque les structures concernées relèvent pour tout ou partie du financement de l'assurance maladie. En revanche, il n'inclut pas le secteur purement social, qui reste sous l'égide des départements.

La gouvernance des ARS a été organisée de façon à associer les collectivités territoriales, mais également les organismes locaux d'assurance maladie et les représentants des usagers. Cette association fonctionne difficilement : l'organisation des services des ARS reproduit en fait les césures entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux déjà observables au niveau central, même si les problématiques de parcours et de transversalité commencent à être mieux prises en compte. Les conférences de territoire comme les commissions de coordination des politiques du secteur médico-social fonctionnent localement de façon inégale.

Selon le secrétaire général des ministères sociaux, la réforme territoriale mise en œuvre à partir de 2016 va conduire à repenser les organisations et les modalités d'animation territoriale à l'échelon départemental, interdépartemental et régional.

c) Les organismes locaux de sécurité sociale

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) se sont désengagées de leurs anciennes compétences en matière de politique sanitaire et médico-sociale, qui ont été confiées aux ARS, mais elles restent les relais de proximité de l'action sociale des caisses nationales. Elles disposent d'une bonne connaissance des populations à travers les systèmes d'information des régimes de retraite, mais également de l'assurance maladie, ce qui leur a permis de créer des observatoires des situations de fragilité.

La mise en place de l'APA a rendu nécessaire une coordination accrue entre les départements et les caisses régionales. Les personnes âgées relevant des GIR 1 à 4 sont, en effet, du ressort des départements, alors que les personnes les moins dépendantes (GIR 5 et 6) relèvent des organismes de sécurité sociale. Toutefois, cette coordination apparaît structurée de façon variable. Selon un bilan dressé par la CNAVTS, il n'existe pas de convention département-CARSAT dans 49 départements de France métropolitaine. La reconnaissance réciproque de la validité des évaluations du niveau de dépendance des personnes âgées pratiquées par leurs services respectifs n'est effective que dans 24 départements.

La CNAVTS et l'Assemblée des départements de France (ADF) ont lancé à la fin de l'année 2013 des expérimentations dans huit départements, dans l'objectif de renforcer la coordination dans plusieurs domaines : l'évaluation des besoins, les actions de prévention, le contrôle des prestataires, la tarification et la continuité entre les niveaux GIR 4 et

GIR 5. En fonction du bilan de ces expérimentations, une convention-cadre pourra être conclue entre la CNAVTS et l'ADF pour développer un partenariat sur l'ensemble du territoire, en s'appuyant notamment sur les bonnes pratiques observées.

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement[74] inscrit également le principe de la reconnaissance mutuelle des évaluations de la perte d'autonomie entre les départements et les caisses de retraite, ce qui constitue un progrès.

À ce stade, cependant, malgré les efforts réalisés, la gouvernance locale reste trop dépendante de la bonne volonté de chacun des partenaires, faute de mécanismes systématiques de coordination.

Pour remédier à cette situation, la loi du 28 décembre 2015 a mis en place les *conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie*[75], présidées par le président du conseil départemental. Le directeur général de l'Agence régionale de santé en assurera la vice-présidence. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) prendra en charge leur financement et leur animation nationale. Les enveloppes que l'État attribuera au développement de l'accès aux aides techniques, aux actions collectives et au « forfait autonomie » pour les résidences autonomie[76] seront gérées dans ce cadre partenarial.

La mise en place de ces conférences dans 26 départements, à titre de préfiguration, a d'ores et déjà donné des résultats qualifiés d'intéressants par la CNSA et la DGCS. Actuellement focalisée sur le seul champ de la prévention, cette instance gagnerait toutefois à voir son champ de compétence étendu à la programmation de l'offre en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie, ce qui serait facilité si la gouvernance était partagée entre le département et l'ARS.

[74] Article 7 qui insère un article L. 113-2-1 dans le CASF.

[75] Il est prévu qu'y siègent des représentants des régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie, de l'Agence nationale de l'habitat (ANAH) via ses délégations locales, des fédérations des institutions de retraite complémentaire et des organismes régis par le code de la mutualité. Par ailleurs, la composition de la conférence pourra être élargie, en fonction des partenariats locaux, à toute autre personne physique ou morale concernée par les politiques de prévention de la perte d'autonomie.

[76] Nouvelle dénomination des foyers logements.

II - Mieux cibler les aides et les financements

Selon le compte de la dépendance établi par la DREES sur des données de 2011, les dépenses liées au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes (10,1 Md€) sont financées à hauteur de 42 % par les départements[77], 30 % par l'assurance maladie, 9 % par les ménages et 7 % par l'action sociale des caisses de retraite. S'y ajoutent les exonérations de cotisations sociales et les dépenses fiscales, qui représentent 12 % du total des dépenses.

Cette structure du financement de la dépendance met en valeur l'importance des tensions qui pèsent sur les budgets des départements, qui sont les premiers contributeurs. Elle montre également l'importance d'une définition précise des dépenses fiscales et des exonérations de cotisations sociales qui concourent à ce financement. Elle révèle enfin la nécessité d'un soutien plus adapté des ménages, dont la part dans le financement de la dépendance s'accroîtra inéluctablement, en concentrant les aides publiques sur ceux qui en ont le plus besoin.

A - Un financement départemental sous tension

La Cour des comptes a souligné dans son récent rapport sur les finances publiques locales[78] que les départements sont confrontés à une forte progression de leurs dépenses sociales dont les allocations destinées aux personnes âgées dépendantes. Le total des aides à la personne et des frais d'hébergement qui s'est élevé à 30,4 Md€ en 2014, représente près de 52 % des dépenses de fonctionnement des départements, soit une progression de trois points par rapport à l'exercice précédent.

Les départements, dont les marges de manœuvre budgétaires se réduisent, ont entrepris de réguler les dépenses occasionnées par leur responsabilité de financeurs de l'APA. Il en résulte une majoration des restes à charge pesant sur les ménages et, faute d'un encadrement précis, un risque d'accentuation des inégalités territoriales.

[77] Toutefois, les départements qui attribuent et versent l'APA bénéficient de concours de la CNSA (30,8 % en 2011).

[78] Cour des comptes, *Rapport sur la situation financière et la gestion des collectivités territoriales et de leurs établissements publics*. La Documentation française, octobre 2015, 374 p., disponible sur www.ccomptes.fr

1 - La décélération des dépenses de l'APA

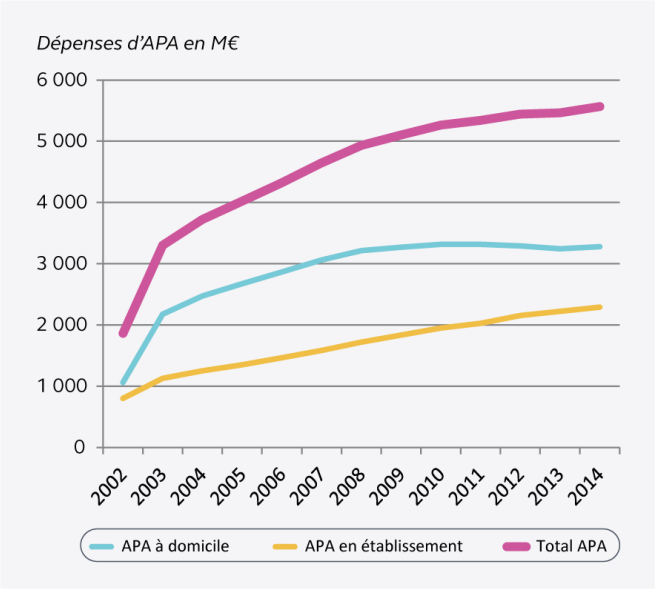
La loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'APA a mis en place un régime juridique peu contraignant, qui distingue cette prestation de l'aide sociale.

En effet, l'attribution de l'APA n'est pas subordonnée à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire, aux termes de laquelle une personne est tenue de fournir des moyens de subsistance à un parent lorsque celui-ci se trouve dans une situation de besoin[79]. En fait, quel que soit son niveau de revenus, toute personne peut bénéficier de l'établissement d'un plan d'aide et d'une participation de la collectivité à son financement[80], en fonction de son niveau de dépendance et de ses ressources. Deux mécanismes de régulation sont prévus : les montants des plans d'aide sont plafonnés ; une contribution est demandée aux bénéficiaires en fonction de leurs ressources[81]. Par ailleurs, les sommes versées au titre de l'APA ne font l'objet d'aucune récupération sur la succession du bénéficiaire[82].

Ces dispositions sont communément présentées, avec l'élargissement de l'allocation aux personnes moyennement dépendantes (GIR 4), comme les principales avancées de l'APA par rapport à la prestation spécifique dépendance (PSD), à laquelle elle s'était substituée en 2003. La PSD souffrait en effet d'un faible taux de recours, lié au souci des personnes âgées de laisser un héritage à leurs descendants, ce qui avait pour conséquence un renoncement aux aides et une qualité médiocre de l'accompagnement des personnes dépendantes. *A contrario*, les dispositions encadrant l'APA se sont traduites par une forte progression du nombre de bénéficiaires et des dépenses afférentes, surtout entre 2002 et 2006. Dans la période plus récente, entre 2009 et 2014, le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile a augmenté de 5,6 % alors que les dépenses brutes afférentes n'augmentaient que de 0,3 %.

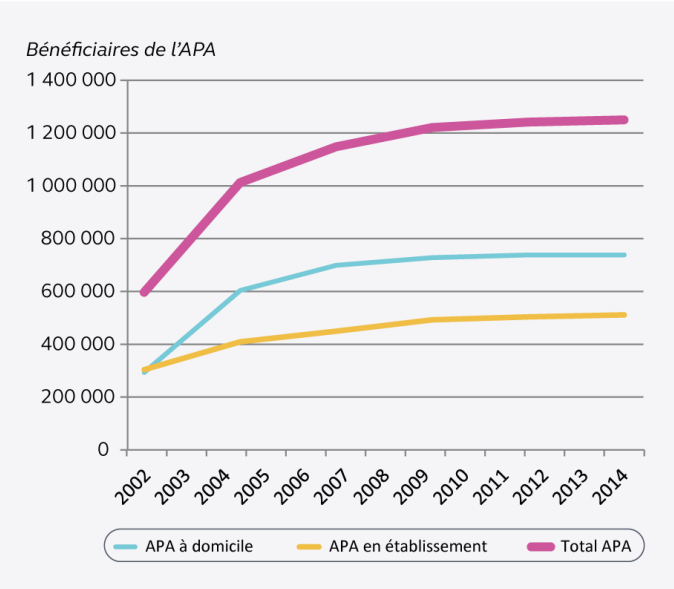
[79] Articles 205 à 211 du code pénal, article L. 232-24 du CASF.
[80] Article R. 232-11 du CASF.
[81] Cette contribution est nulle pour un revenu inférieur ou égal à 739,06 € par mois (fin 2015), et progressive jusqu'à un maximum de 90 % du montant du plan d'aide.
[82] Article L. 232-19 du CASF.

Graphique n° 5 : dépenses de l'APA



Source : Cour des comptes d'après données DREES

Graphique n° 6 : bénéficiaires de l'APA



Source : Cour des comptes d'après données DREES. Bénéficiaires au 31 décembre

2 - La régulation contrastée des dépenses de maintien à domicile par les départements

a) Des dépenses globales accrues, des aides individuelles en baisse

Face à l'accroissement du nombre des bénéficiaires de l'APA et à l'affaiblissement de leurs recettes, les départements ont procédé sur la période récente à une régulation de leurs dépenses, affectant davantage le maintien à domicile que l'accueil en établissement.

Le tableau suivant, dont le champ est plus large que celui des deux graphiques précédents, inclut toutes les aides sociales accordées par les départements aux personnes âgées, dont l'APA.

Tableau n° 4 : évolution du nombre de bénéficiaires et des dépenses brutes d'aide sociale selon le type d'aide (en M€)

Aide sociale aux personnes âgées	2009	2010	2011	2012	2013	2014 (p)	Évol. 2013-2014	Évol. 2009-2014
Total bénéficiaires (1)	**1 278 500**	**1 314 800**	**1 347 800**	**1 376 800**	**1 403 800**	**1 420 100**	**1,2 %**	**11,4 %**
Aide à domicile (APA, ACTP et PCH des 60 ans ou +, aides ménagères)	717 600	740 700	761 800	772 700	787 000	794 200	0,9 %	10,7 %
Aide à l'accueil en établissement (ASH, APA, accueil familial)	560 900	574 100	586 000	604 100	616 800	625 900	1,5 %	11,6 %
Total dépenses brutes (2)	**7 564**	**7 838**	**7 979**	**8 162**	**8 201**	**8 341**	**1,7 %**	**10,3 %**
***dont** Aide à domicile (APA, ACTP et PCH des 60 ans ou +, aides ménagères)*	3 427	3 538	3 569	3 595	3 580	3 662	2,3 %	6,9 %
***dont** Aide à l'accueil en établissement (ASH, APA, accueil familial)*	3 905	4 076	4 185	4 341	4 399	4 439	0,9 %	13,7 %

Source : DREES – enquête Aide sociale. (1) Les nombres de bénéficiaires sont estimés par la moyenne entre le nombre observé au 31 décembre n-1 et celui de l'année n. Le nombre de bénéficiaires désigne un nombre d'aides et non d'individus. (2) Dépenses en millions d'euros courants, évolution des dépenses en euros courants. Champ : France métropolitaine.

Entre 2009 et 2014, le nombre de bénéficiaires d'aides à domicile a augmenté de 10,7 %, alors que les dépenses correspondantes n'augmentaient que de 6,9 %.

Simultanément, le nombre de bénéficiaires d'aides à l'accueil en établissement a augmenté de 11,6 % et les dépenses correspondantes de 13,7 %.

La réduction des montants moyens des plans d'aide à domicile est l'une des principales conséquences de cette évolution. De plus, la participation moyenne des départements à leur financement a sensiblement diminué, l'augmentation du nombre de bénéficiaires étant en partie compensée par une moindre aide individuelle.

L'enquête des chambres régionales des comptes confirme cette tendance globale, par exemple dans le Var, en Haute-Loire, dans l'Orne et en Dordogne. Toutefois, ce constat recouvre des situations contrastées puisque, si la plupart des départements enregistrent une baisse du montant moyen d'APA (Doubs, Orne), d'autres constatent la poursuite de sa hausse.

Les évolutions comparées de l'APA à domicile et en établissement montrent par ailleurs que la modération de la participation des collectivités publiques au montant moyen de l'aide à domicile compense pour partie la progression de la contribution à la prise en charge des personnes dépendantes en établissement.

b) Des mesures de régulation efficaces

La plupart des départements ont mis en place des mesures de régulation importantes. Certaines sont le signe d'une gestion plus rigoureuse, mais d'autres mesures prises en ce sens apparaissent contestables par leur absence de transparence et leurs effets inéquitables.

Un recentrage sur les compétences réglementaires

Certains départements ont commencé par renoncer aux dispositifs facultatifs initialement mis en place.

Ainsi, le département de l'Essonne avait institué en 2003 un dispositif d'APA différentielle, dénommé APA+, visant à faire bénéficier les usagers de dispositions plus avantageuses que celles qui sont instituées par le décret du 28 mars 2003 et la loi du 31 mars 2003, en compensant ou en atténuant la participation financière supplémentaire laissée à la charge des personnes âgées. Le département a décidé de procéder à la suppression progressive de ce dispositif APA+ à partir d'avril 2009.

Certains départements ont mis en place des instruments de contrôle afin de parvenir à une gestion plus maîtrisée du dispositif dès l'ouverture des droits. Le contrôle de l'effectivité de l'utilisation des sommes attribuées dans le cadre de l'APA[83] constitue à cet égard le principal outil de maîtrise de la dépense :

- dans le délai d'un mois à compter de la notification de la décision d'attribution de l'APA, le bénéficiaire doit déclarer au président du conseil départemental le salarié ou le service d'aide à domicile à la rémunération duquel est destinée l'APA ; tout changement ultérieur doit faire l'objet de déclaration dans les mêmes conditions[84] ;
- le bénéficiaire de l'APA est par ailleurs tenu de conserver les justificatifs des dépenses autres que de personnels intégrées dans le plan d'aide, qu'elles soient financées par l'APA ou par sa propre participation financière ; ces justificatifs doivent correspondre aux dépenses acquittées au cours des six derniers mois[85], et leur production peut être exigée par le président du conseil départemental ; en l'absence de production dans le délai d'un mois, le versement de l'APA peut être suspendu[86].

Si, dans le passé, certains départements ont tardé à mettre en œuvre ce contrôle de l'effectivité des dépenses financées par l'APA, l'enquête a mis en évidence une prise de conscience de son intérêt du point de vue de la bonne gestion. C'est le cas par exemple dans les Alpes-Maritimes, l'Orne et le Var.

Par ailleurs, plusieurs départements (l'Ain, par exemple) ont autorisé le recours au chèque emploi service universel (CESU). Le CESU permet de s'assurer que la prestation payée a bien été effectuée et de repérer plus facilement des situations susceptibles d'engendrer des indus, comme par exemple le décès du bénéficiaire ou le changement de domicile.

Le département des Alpes-Maritimes assure pour sa part un suivi précis de la mise en place du plan d'aide, en systématisant la réclamation des indus et en réajustant de manière permanente le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie.

[83] CASF, art. R. 232-17.
[84] CASF, art. L. 232-7.
[85] CASF, art. R. 232-15 et R. 232-17.
[86] CASF, art. L. 232-7, al. 4 et 5 et R. 232-16.

Les contrôles exercés par le département des Alpes-Maritimes

Un service comprenant cinq agents contrôle l'ensemble des prestations d'aide humaine attribuées aux personnes âgées et en situation de handicap résidant à leur domicile. Le contrôle mené sur les prestataires est soit aléatoire, soit lié aux signalements des services ou des partenaires du département ; des contrôles systématiques s'opèrent au moment du calcul du montant de la prestation.

Lors de chaque traitement informatique, sont extraits les facteurs entraînant une réduction de la dépense (hospitalisation, placement, annulation par le bénéficiaire) : les sommes versées à tort sont alors récupérées. La liste des bénéficiaires des prestations est croisée avec le fichier des décès de l'Insee ce qui permet, après vérification, de suspendre les paiements ultérieurs.

La part des bénéficiaires contrôlés par rapport au nombre total des allocataires de l'APA à domicile s'est fortement accrue, en passant de 1,8 % en 2010 à 28,6 % en 2013.

En 2013, le montant moyen du trop perçu par allocataire contrôlé s'est élevé à 35 €, ce qui tend à montrer l'efficacité du dispositif de vérification en amont des paiements.

L'enquête a fait apparaître par ailleurs l'intérêt des dispositifs de télégestion mis en œuvre par plusieurs départements. Ainsi dans le département de Vaucluse, l'intervenant téléphone, à son arrivée, puis à son départ du domicile de la personne âgée bénéficiaire de l'APA, à un centre qui vérifie la provenance de l'appel.

Des visites de contrôle au domicile de la personne âgée peuvent également être organisées. C'est le cas depuis 2010, dans le département du Var, où, à l'occasion du renouvellement des droits, des visites de contrôle[87] sont systématiquement diligentées au domicile des allocataires relevant du GIR 4 et qui n'ont pas fait l'objet de visites depuis au moins quatre ans. Les visites relatives aux GIR 1 à 3 sont plus fréquentes : leur fréquence moyenne est d'une fois tous les 6 mois à 1 an.

En revanche, l'enquête a également mis en évidence l'insuffisance d'autres formes de contrôles sur les prestataires, notamment des audits qui pourraient porter sur leur situation financière, leur trésorerie, l'efficacité et l'efficience des services proposés, ainsi que la qualité des prestations rendues aux personnes âgées.

[87] Ces visites de contrôle sur place des attributaires de l'APA à domicile sont réalisées par l'équipe médico-sociale du département.

Des mesures de maîtrise budgétaire

Au-delà des mesures visant à appliquer plus strictement la réglementation, les départements ont pris des décisions budgétaires qui ont permis de réguler la dépense totale.

Ainsi, certains départements ont agi sur la tarification des services intervenant au domicile des personnes âgées : ils ont limité l'augmentation des tarifs de référence pour les services agréés et assuré un suivi strict des tarifs fixés pour les services autorisés (Essonne, Loir-et-Cher). Cette méthode, conforme à la réglementation, ne permet pas de différencier les dotations en fonction des performances, notamment qualitatives, de ces services. Elle peut entraîner à terme des difficultés dans leur financement, et les amener à dégrader leur mode de fonctionnement.

C'est parfois l'ouverture des droits de la personne âgée qui fournit la matière d'un encadrement des dépenses. La collectivité peut ainsi être tentée d'intervenir au stade de l'évaluation de la dépendance comme de l'élaboration du plan d'aide en sous-évaluant le degré de la perte d'autonomie de la personne ou l'aide à lui apporter pour qu'elle reste à son domicile. Certains départements (Orne, Vaucluse) ont fait le choix d'élaborer des référentiels pour établir les plans d'aide et harmoniser les pratiques professionnelles, mais surtout pour plafonner le nombre d'heures ou les montants susceptibles d'être accordés à la personne âgée.

Si la réglementation ne prévoit pas de durée d'attribution de l'APA, la décision en déterminant le montant doit faire l'objet d'une révision périodique dans le délai qu'elle détermine en fonction de l'état du bénéficiaire[88]. Le président du conseil départemental devrait donc préciser la périodicité du renouvellement des droits, en fonction de l'évolution de l'état de santé et de la situation du bénéficiaire. Cependant, certains départements privilégient la révision du plan d'aide à la demande du bénéficiaire, de sa famille ou de l'équipe médico-sociale chargée d'assurer son suivi. De telles modalités de révision semblent constituer pour ces départements une solution pragmatique pour concilier la nécessaire adaptabilité des plans d'aide des bénéficiaires avec une utilisation efficiente de leurs moyens humains.

Enfin, le département de l'Orne a instauré en juin 2013 une participation personnelle d'un euro cinquante par heure d'aide à domicile pour tous les allocataires de l'APA dans la limite de 50 heures par mois.

[88] Article R. 232-28 du code de l'action sociale et des familles.

Cette participation de nature forfaitaire s'ajoute à celle, calculée en fonction des revenus, qu'acquittent déjà les bénéficiaires de l'APA. La mise en place de cette participation devrait dégager une économie de l'ordre de 1,6 M€ en 2014, selon les estimations des services du département.

Cette diminution de la dépense départementale entraîne, sur la base d'un plan d'aide moyen dont le nombre d'heures est estimé à 25 heures par mois, un montant moyen de participation mensuelle supplémentaire de 37,50 € par le bénéficiaire de l'APA.

B - Des interventions à préciser pour les autres financeurs

1 - Des dépenses fiscales et des exonérations de cotisations et contributions sociales mal identifiées

Dans le cadre de leur maintien à domicile, les personnes âgées dépendantes sont susceptibles de bénéficier de dépenses fiscales et niches sociales nombreuses et variées. Les exonérations de cotisations et contributions sociales et les dépenses fiscales sont évaluées à respectivement 1,0 Md€ et 0,3 Md€. Leur analyse détaillée met en évidence les points suivants :

- au sein de l'effort financier public consacré à la dépendance des personnes âgées, le poids des exonérations fiscales et sociales est relativement faible (13 %) en comparaison des aides directes, notamment l'APA ou les soins de ville ;
- les dépenses fiscales et les niches sociales applicables sont rarement centrées sur la dépendance des personnes âgées, et encore moins sur le maintien à domicile. La plupart d'entre elles relèvent de diverses politiques sociales aux objectifs et aux champs plus larges (handicap, services à la personne, âge, logement, etc.), ce qui rend difficile l'identification de la part concernant uniquement les personnes âgées dépendantes et leur maintien à domicile et, en conséquence, la détermination du coût exact des dispositifs fiscaux et sociaux correspondants. Pour ces raisons méthodologiques, les mesures des coûts sont à la fois partielles et épisodiques, et la part du maintien à domicile est rarement identifiée.

Un rapport du comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales d'août 2011 a analysé les effets conjugués des aides

spécifiques à la dépendance (APA pour l'essentiel, aide sociale à l'hébergement – ASH – et aide-ménagère marginalement), de la réduction d'impôt de 25 % au titre des dépenses de dépendance et des frais d'hébergement en établissement, et des aides plus généralistes.

Cette analyse montre que les dispositifs sociaux et fiscaux neutralisent la dégressivité des aides spécifiques en faveur des personnes dépendantes : la réduction d'impôt est en effet logiquement plus importante pour les personnes bénéficiant d'une retraite importante que pour celles disposant d'une retraite faible ou modeste.

Par ailleurs, l'exonération totale de cotisations consentie aux personnes âgées de 70 ans et plus (jusqu'à 65 SMIC horaire par mois) peut prêter à interrogation, dans la mesure où le seul critère de l'âge est loin de suffire pour caractériser la dépendance.

2 - Une mission de prévention des caisses de retraite à conforter

Depuis sa création en 1967, l'action sociale est une composante à part entière de l'assurance-retraite. Le public qui bénéficie de cette action sociale est composé de personnes évaluées en GIR 5 et 6. Les personnes évaluées en GIR 1 à 4, de leur côté, relèvent de la compétence des départements qui versent l'APA.

a) La stabilisation du financement des services à domicile

Pour la CNAVTS, l'action sociale individuelle a longtemps consisté à accorder aux personnes âgées une aide humaine dite « ménagère ». Depuis 2005, la CNAVTS a cherché à diversifier son offre d'aide à domicile, en proposant notamment des ateliers collectifs de prévention et des accueils temporaires de jour et de nuit. L'aide-ménagère à domicile demeure toutefois l'intervention individuelle la plus courante, puisqu'elle représentait en 2014 environ 65 % du volume total des prestations accordées dans les plans d'aide personnalisés (PAP)[89]. Si le tarif horaire national de l'aide à domicile de la CNAVTS, actuellement de 20,30 €, a augmenté de 46 % depuis 2003 (13,91 €) et de 19,7 % depuis 2006 (16,95 €), le nombre des bénéficiaires a décru depuis 2002 de plus de 3 % par an.

[89] Les autres actions consistent dans l'aide à la vie quotidienne et la sécurité (portage de repas, petits travaux de dépannage, télésurveillance) pour 28 % d'entre elles, le maintien du lien social pour 5 % et des informations et des conseils pour 2 %.

Les rapports des chambres régionales des comptes sur les SAAD, qu'ils soient gérés par des associations ou par des CCAS, confirment quasiment tous un désengagement des CARSAT au cours des dernières années. Ainsi, dans le Haut-Rhin, le SAAD géré par l'association pour l'accompagnement et le maintien à domicile (APAMAD) a enregistré entre 2009 et 2013 une chute de 41 % du nombre d'heures financées par la CARSAT. Des évolutions du même type sont constatées pour les CCAS de Montbéliard, Niort, et Clermont-Ferrand, le CIAS du Blaisois, l'association Bas-Rhinoise d'aide aux personnes âgées (ABRAPA), l'association départementale d'aide aux personnes âgées de Corrèze, ou l'association de services pour l'aide à domicile aux personnes âgées de l'Oise.

b) Un repositionnement en faveur de la prévention

Ce retrait des CARSAT est justifié par le recentrage de l'action des caisses sur la prévention de la perte d'autonomie, auquel les incitent les conventions d'objectifs et de gestion (COG) signées avec l'État. La politique d'action sociale des caisses, mise en place en partenariat inter-régimes, privilégie désormais trois niveaux d'intervention :

- une offre de prévention centrée sur l'information et le conseil, à l'attention de l'ensemble des retraités (niveau 1) ;
- une offre d'actions et d'ateliers collectifs de prévention organisés en partenariat inter-régimes, sur des thèmes tels que la mémoire, la nutrition, la prévention des chutes, le sommeil ou le maintien du lien social (niveau 2) ;
- une offre de prise en charge globale du maintien à domicile à travers une évaluation des besoins et l'octroi d'un plan d'action personnalisée (PAP), destinée à un public fragilisé, mais autonome (niveau 3).

Le repositionnement de l'action sociale des caisses de retraite autour des personnes autonomes (GIR 5 et 6) s'est traduit par la baisse du budget total du fonds national d'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées (FNASSPA), qui est passé de 438,8 M€ en 2010 à 385,0 M€ en 2014.

Tableau n° 5 : les dépenses du FNASSPA

en M€	2010	2011	2014	2014/2010
Total politique de niveau 3	264,9	323,7	226,5	-14,5 %
dont aides individuelles	217,9	283,3	185,7	-14,7 %
Total politique de niveau 2		5,2	8,9	NS
Lieux de vie collectifs (crédits de paiements)	68,8	60,1	57,6	-16,2 %
Total dépenses d'intervention	338,8	397,9	319,9	-5,5 %
Contribution (CFE, CNSA, Mayotte, CNAMTS)	99,9	103,4	65,1	-34,8 %
Total dépenses	**438,8**	**501,3**	**385,0**	**-12,2 %**

Source : CNAVTS, FNASSPA, dépenses 2010-2014
Les chiffres du tableau ci-dessus doivent être pris avec précaution en raison des difficultés de production rencontrées lors de la mise en place d'un nouveau système d'information d'action sociale.

Les données disponibles montrent que :

- le montant total des dépenses d'intervention est passé de 338,9 M€ à 319,9 M€ entre 2010 et 2014, soit une baisse de 5,5 % sur la période, pour remonter à 346,18 M€ en 2015 ;
- les dépenses des offres de niveau 3 (aides individuelles, pour l'essentiel) sont passées de 264,9 M€ à 226,5 M€ entre 2010 et 2014, soit une baisse de 14,5 % sur la période ;
- les dépenses des offres de niveau 2 ne représentent que 2,8 % des dépenses d'intervention en 2014.

La CNAVTS fait cependant observer que le nombre de bénéficiaires d'une action collective de niveau 2 a augmenté, en passant de 151 325 à 259 123 entre 2011 et 2014 (+71 %). Dans le même temps, le nombre de bénéficiaires de plans d'action personnalisée de niveau 3 est passé de 305 294 à 215 897 (- 29 %).

Ainsi, la priorité accordée à la prévention dans l'action sociale des caisses de retraite se traduit par une baisse des dépenses individuelles, ce qui entraîne une baisse globale de leur financement au titre de l'action sociale. Il convient donc de suivre attentivement les engagements pris par les caisses en matière de prévention et d'en évaluer l'impact.

3 - Des financements disparates en faveur de l'adaptation du logement

Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie peut être rendu très difficile par l'inadaptation de leur logement. Les pouvoirs publics, conscients de ces difficultés, ont mis en place des aides qui sont encore mal coordonnées.

Près des trois quarts (74,6 %) des personnes âgées de plus de 65 ans sont propriétaires de leur logement. Celles qui sont locataires se répartissent également entre parc privé et parc social[90].

En prenant appui sur une étude de la DREES, l'Agence nationale de l'habitat (ANAH) a extrapolé les besoins en travaux et les a classés par type de ménages : propriétaires occupants éligibles aux aides ; propriétaires occupants non éligibles ; locataires du parc privé et autres. Elle conclut que près de 2 millions de logements de ménages de 60 ans et plus nécessiteraient une adaptation, dont 830 000 logements de propriétaires occupants potentiellement éligibles aux aides de l'ANAH.

Des possibilités de financement sont proposées pour adapter le logement, que la personne soit propriétaire ou locataire. Cependant, la multiplicité des financeurs et l'absence de bases de données ne permettent pas d'avoir une vision claire de ces financements, même si des efforts de coordination significatifs ont été réalisés (cf. annexe n° 8 : l'adaptation du logement).

Le principal financeur direct de l'adaptation du logement privé en vue du maintien à domicile des personnes âgées est l'ANAH. Elle accorde des aides financières pour la réalisation de travaux à des propriétaires occupants et bailleurs et à des copropriétés en difficulté. Elle a aidé à adapter en moyenne près de 7 700 logements par an de 2011 à 2014.

Les caisses de retraite interviennent également dans ce domaine. En 2013, la CNAVTS a attribué un peu moins de 10 000 aides à l'habitat pour financer la réalisation de travaux et près de 20 000 ensembles de prévention (« kits ») permettant l'achat et la pose d'aides techniques.

Sur la période 2011-2013, l'ANAH et les principales caisses de retraite ont consacré 107 M€ en travaux d'adaptation des domiciles privés

[90] Premier ministre, Observatoire des territoires, étude d'août 2014 sur des données de 2011.

des personnes âgées en perte d'autonomie (essentiellement évaluées en GIR 5 et 6), soit 36 M€ en moyenne annuelle.

Les collectivités territoriales peuvent également mettre en place des opérations programmées d'amélioration de l'habitat. Certaines visent expressément le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. De nombreux départements proposent également des aides au cas par cas, en dehors des plans d'aide APA à domicile : certains départements ont décidé d'exclure l'aménagement du logement des plans d'aide APA et de lui substituer des offres de service de téléassistance et de domotique, dont les frais de fonctionnement, de l'ordre de 20 € par mois, sont éligibles à l'APA.

Ces politiques décentralisées, parfois novatrices, ne font pas l'objet d'un suivi. À titre d'exemple, tous les CCAS ne sont pas en mesure d'identifier les dépenses spécifiquement liées à l'adaptation du logement des personnes âgées. Il n'existe pas de données consolidées sur ces aides extra-légales.

En conséquence, il est difficile de mesurer le coût public global de ces mesures (fonds propres des bailleurs, TVA réduite, dégrèvement de taxe foncière sur les propriétés bâties – TFPB, etc.).

Enfin, les travaux d'adaptation du logement, considérés comme des travaux de rénovation, bénéficient du taux réduit de TVA applicable aux travaux d'amélioration, de transformation, d'aménagement et d'entretien sur des logements achevés depuis plus de deux ans. La dépense fiscale annuelle correspondante est estimée à 23 M€.

Au total, sur la période 2011-2013, le coût public global en faveur de l'adaptation du domicile privé peut être estimé à près de 100 M€.

Par ailleurs, la pérennité des adaptations des logements au-delà de leur occupation par une personne dépendante n'est pas assurée, ni lorsqu'elle est propriétaire, ni même lorsqu'elle n'est que locataire (y compris dans le logement social). La politique en faveur de l'adaptation du logement à la dépendance des occupants doit tenir compte de la nécessité d'harmoniser les interventions des principaux financeurs et d'accompagner les propriétaires dans leur démarche. Des mesures supplémentaires devront être prises pour augmenter le parc adapté, qui n'est évalué qu'à 6 % de l'ensemble des logements, selon des chiffres qu'il convient au demeurant d'actualiser. Des obstacles persistent qui tiennent à la faible capacité des particuliers de juger de la pertinence des travaux proposés et de la qualité des installations réalisées ou encore à l'absence de règles d'accessibilité pesant sur les logements anciens.

C - Mieux soutenir les ménages

Malgré l'intervention des pouvoirs publics, l'essentiel de la solidarité exprimée en faveur des personnes âgées dépendantes relève en grande partie de la sphère familiale. La progression des besoins, dans un contexte où les financements publics atteignent leurs limites, accroît la charge pesant sur les personnes âgées et leur entourage. Pour que la solidarité familiale puisse continuer à s'exercer pleinement, il convient de renforcer le soutien aux aidants et de cibler les aides financières sur les plus fragilisés.

1 - Dynamiser les appuis aux proches aidants

Le rôle des proches aidants est essentiel. La génération des 50-65 ans (« génération pivot ») est fortement sollicitée par les parents dépendants, en dépit de l'augmentation du taux d'activité professionnelle des femmes qui sont les principaux acteurs de cette aide[91].

En volume horaire, l'implication de la famille, dont la mesure précise est très difficile, serait trois fois plus importante que celle des professionnels. Le montant de l'aide informelle à domicile serait également deux à trois fois supérieur au total des dépenses de l'APA : il se situe dans une fourchette de 7 à 11 Md€, selon les estimations du Haut Conseil de la famille (HCF).

En France, la prise de conscience du rôle essentiel des proches aidants a été relativement tardive. L'intervention des pouvoirs publics repose sur l'idée que « la première forme de soutien aux aidants consiste à fournir une aide professionnelle de qualité à la hauteur des besoins de la personne aidée, et accessible à tous financièrement »[92].

Des actions ont déjà été déjà concrètement mises en œuvre : la loi HPST du 21 juillet 2009 prévoit des actions de formation des aidants familiaux. Toutefois, l'enquête a montré que les initiatives prises par les CCAS en matière de formation des aidants peinaient à trouver leur public

[91] Les femmes représentent 57 % des 8 296 000 aidants de 16 ans ou plus intervenant auprès de leurs proches à domicile. 47 % des aidants occupent un emploi ou sont apprentis, 7 % sont au chômage, 33 % sont retraités et 13 % sont inactifs. Les aidants ont en moyenne 52 ans. (Source : Enquête handicap santé aidants 2008).

[92] Rapport d'activité 2011 de la CNSA et projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement.

ou leur financement (CCAS de Clermont-Ferrand, de Tourcoing, de Valence).

Le Plan Alzheimer 2008-2012 a également développé des dispositifs en leur faveur (plateformes de répit, soutien d'actions innovantes à destination du couple aidant-aidé, développement quantitatif et qualitatif de l'offre de structures de répit).

À l'inverse, le processus de rémunération directe des proches aidants est peu développé. Il est envisageable dans le cadre de l'APA (hors conjoint ou concubin), mais ne concerne, en pratique, que 8 % des bénéficiaires de l'APA[93]. Le choix effectué par la France est donc, dans l'ensemble, celui de l'information et de la formation des aidants familiaux, plutôt que celui de leur financement direct.

Les propositions émises par la CNSA[94] et les dispositions de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement visent à reconnaître un droit au répit pour les aidants dans le cadre du plan d'aide de l'APA, grâce au financement de l'hébergement temporaire de la personne aidée[95]. Ces orientations passent aussi par la formation et l'accompagnement des aidants, sous l'égide de la CNSA et des départements.

Cette dynamique de soutien des aidants doit désormais se concrétiser et se généraliser sur l'ensemble du territoire.

2 - Répartir différemment l'APA

L'exclusion des personnes relevant du GIR 4 du bénéfice de l'APA est parfois évoquée comme une solution possible au problème posé par l'augmentation des besoins de financement. Il convient toutefois de souligner que cette mesure toucherait des personnes subissant déjà une

[93] DREES, Études et résultats n° 459, janvier 2006.

[94] Rapport d'activité de la CNSA pour l'année 2011 (juin 2012) : 6. Fonder l'éligibilité des aidants à des droits spécifiques sur des critères pertinents, comme l'impact de l'aide sur leur vie personnelle et professionnelle. 7. Réduire les inégalités créées par la diversité des dispositifs existants, notamment en harmonisant et en assouplissant les dispositifs de conciliation du rôle d'aidant avec la vie professionnelle (pour les salariés, les fonctionnaires et les indépendants). 8. Développer d'autres leviers, contraignants ou incitatifs, afin de rendre l'environnement professionnel plus attentif aux aidants.

[95] La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a modifié les modalités de l'APA à domicile et prévu, notamment, que le plan d'aide pourra intégrer un montant (499,69 euros par an, à compter du 1er mars 2016) destiné à financer un droit au répit des aidants qui accompagnent au quotidien un bénéficiaire de l'APA.

perte significative de leur autonomie[96]. Cette opération pourrait susciter une pression plus importante sur l'action sociale des caisses vieillesse et sur l'aide sociale départementale, de même qu'un déport des dépenses sur des prestations financées par l'assurance maladie (SSIAD, infirmières libérales) qui exonèrent du ticket modérateur les personnes en affection de longue durée (ALD), ou bien encore un recours plus important à l'hébergement financé au titre de l'aide sociale.

Les conditions d'attribution de l'APA ont fait l'objet en 2003 d'une proposition de loi qui visait à réintroduire le principe du recours sur succession. Cette proposition, dont l'objectif était d'alléger le coût du dispositif pour les pouvoirs publics par l'application du principe de la subsidiarité de l'action publique par rapport à la solidarité familiale, a été rejetée pour des motifs d'ordre technique, juridique et pratique[97]. En outre, l'expérience antérieure de la PSD montre qu'un recours sur succession doit être assorti de seuils très élevés pour ne pas décourager les personnes âgées dépendantes qui disposent d'un patrimoine modeste de recourir à l'aide qui leur est nécessaire.

Le recours sur succession dans l'aide sociale aux personnes âgées ne s'opère pas uniformément selon les aides

Pour toutes les aides à l'hébergement (maisons de retraite, long séjour, logement foyer, placement familial, aide médicale hospitalière), le recours sur succession est effectué en totalité sur l'actif net de la succession.

Pour les aides à domicile (aide-ménagère, aide aux repas), le forfait journalier hospitalier, les aides en espèces (allocation simple aux personnes âgées et allocation supplémentaire du Fonds solidarité vieillesse, allocation représentative de services ménagers) et l'ancienne PSD à domicile ou en établissement (article R. 132-12 du code de l'action sociale et des familles ou CASF), la récupération s'opère à partir de 760 euros sur la partie nette de l'actif successoral qui dépasse 46 000 euros.

[96] Cette classification correspond aux « personnes âgées n'assumant pas seules leurs transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement : elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage ».

[97] Il est difficile d'appliquer de manière rétroactive ce principe de récupération sur succession aux personnes bénéficiant déjà de l'APA. Par ailleurs, une partie du financement de l'APA est réalisé au moyen de la CSG, qui est un prélèvement universel. Enfin, l'évolution des familles rend plus aléatoire la mise en œuvre d'une solidarité intergénérationnelle.

Une autre piste d'évolution pourrait être la modification des ressources prises en compte pour le calcul de l'APA, qui sont définies par un décret codifié par l'article R. 232-5 du code de l'action sociale et des familles.

Ces ressources correspondent d'une part au revenu déclaré figurant sur le dernier avis d'imposition ou de non-imposition remis lors de la demande d'APA, et d'autre part aux revenus des produits d'épargne[98].

À ces revenus s'ajoutent les biens en capital qui ne sont ni exploités ni placés, mais qui sont supposés pouvoir procurer au demandeur un revenu annuel. Ce dernier est évalué à 50 % de leur valeur locative pour les immeubles bâtis, à 80 % de la valeur locative pour les terrains non bâtis, et à 3 % des biens en capital. Cette disposition ne s'applique pas à la résidence principale effectivement occupée par le demandeur, son conjoint, ou ses enfants ou petits-enfants.

Enfin, dans le cas d'un couple, les ressources du conjoint sont également prises en compte. Si l'APA est versée à l'un ou aux deux membres d'un couple résidant conjointement à domicile, les ressources de l'une ou des deux personnes sont calculées en divisant le total des revenus du couple par un coefficient de 1,7.

On observe en définitive qu'à la fin de l'année 2011, 16 % des bénéficiaires de l'APA à domicile, les moins aisés, avaient un ticket modérateur nul, alors que 2 %, les plus aisés, contribuaient au plan d'aide à hauteur de 90 % de son montant.

Par ailleurs, 10 % des bénéficiaires de l'APA avaient des ressources mensuelles supérieures à 1 914 euros, et 20 % des ressources supérieures à 1539 euros[99].

Les montants que les départements consacrent au financement des plans d'aide des bénéficiaires de l'APA s'élevaient en 2011 à 367,2 M€ par an pour les revenus supérieurs au seuil du 8ème décile (1 539 €). Cette somme représente 11 % du montant annuel de l'APA à la charge des départements (3 305,8 M€). Elle est quasiment équivalente aux nouveaux moyens qui ont été dégagés en faveur de l'APA à domicile par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (375 M€).

[98] Soumis au prélèvement libératoire en application de l'article 125A du code général des impôts.

[99] Ces chiffres résultent de l'exploitation d'une enquête demandée à la DREES par la Cour.

L'ensemble de ces données montre que, sans remettre en cause le caractère universel de l'APA, réaffirmé par la loi du 28 décembre 2015, une réorientation des aides vers les personnes les plus démunies pourrait se traduire par une modification des modalités de calcul de la participation financière à la charge du bénéficiaire, qui serait augmentée pour les derniers déciles de ressources, c'est-à-dire les personnes les plus aisées. Elle pourrait également reposer sur un élargissement de l'assiette des ressources, que ce soit par exemple par la révision du coefficient de 1,7 utilisé pour diviser les revenus d'un couple ou bien par la prise en compte dans les calculs de la résidence principale. Ces modifications, portant sur une des aides les plus importantes concernant le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, viseraient à rendre plus efficientes les dépenses publiques.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La politique de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes implique de multiples acteurs, tant au niveau national qu'au niveau territorial, qui devraient mieux se coordonner. Au niveau national, une approche plus transversale du pilotage doit être mise en œuvre. Au niveau territorial, la conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, créée par la loi du 28 décembre 2015, devrait devenir un support de la coordination indispensable entre les acteurs : il serait de ce fait souhaitable que la programmation de l'offre sociale et médico-sociale entre rapidement dans son champ de compétence.

Par ailleurs, le chiffrage du coût global du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes est imprécis. Une plus grande exactitude est nécessaire, car ce chiffrage doit permettre d'éclairer les choix des politiques publiques en fonction des niveaux de dépendance des personnes âgées, qu'il s'agisse de l'élaboration de l'offre de services ou des prestations qui leur sont destinées.

Enfin, le coût de la politique de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes devrait s'accroître à court et à long terme et approcher un point de PIB en 2060. D'ores et déjà, les départements qui sont les premiers financeurs régulent leurs dépenses, tout comme l'assurance vieillesse pour le fonds d'action sanitaire et sociale.

Dans ce contexte, la charge pesant sur les personnes âgées dépendantes et leurs proches aidants va inévitablement augmenter. Il convient donc de veiller à ce que les aidants soient davantage soutenus et que l'APA soit attribuée de façon plus redistributive.

En conséquence, la Cour formule les recommandations suivantes :

8. *élargir à la programmation de l'offre la compétence de la conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (DGCS) ;*
9. *améliorer le chiffrage du coût de la dépendance et du maintien à domicile (DREES) ;*
10. *développer la connaissance des restes à charge par des études, en mesurant précisément les coûts respectifs du maintien à domicile et de l'hébergement en établissement (DREES) ;*
11. *suivre et soutenir dans les plans d'aide, les expérimentations locales faisant appel à des offres de service de téléassistance et de domotique (DGCS) ;*
12. *faire face aux besoins de financements futurs en modulant plus fortement l'APA en fonction des ressources des bénéficiaires (DGCS).*

Conclusion générale

Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie répond aux souhaits d'une très grande majorité de Français. Pour autant, le développement de cette politique est difficile à organiser car, si les évolutions démographiques et la formulation des attentes de la population sont mieux connues, les mutations sociales, les progrès de la médecine et les nouvelles technologies rendent particulièrement complexe une projection précise des besoins à satisfaire.

Aujourd'hui, le choix des personnes concernées et de leurs familles est décisif dans le mode de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Mais ce choix est fortement contraint par la disponibilité de l'entourage, par la connaissance de l'offre disponible, par la voie d'entrée - médicale ou sociale - dans les dispositifs, ou bien encore par les ressources de la famille.

Pour faciliter l'exercice réel de ce choix, il est nécessaire de diffuser une information détaillée sur l'offre de services disponible. Pour les personnes les plus dépendantes, du fait de leur état de santé ou de leur isolement, les choix doivent être éclairés par une évaluation précise et multidimensionnelle de leur situation et par la proposition de prestations adaptées. Pour celles qui sont les plus isolées, il apparaît nécessaire d'apporter une aide concrète et d'assurer leur suivi.

Actuellement, l'information est multiple, foisonnante, mais elle n'est pas nécessairement adéquate ni disponible à proximité. En conséquence, le public est trop souvent renvoyé d'instance en instance, chacune d'entre elles ne pouvant répondre qu'à une partie des questions posées. Il est nécessaire de mieux organiser localement la diffusion d'une information pertinente, en prenant appui sur les nouveaux outils des technologies de l'information et la communication et en accélérant le développement de supports les plus efficaces (portails internet, applications sur mobile, répertoire opérationnel des ressources).

Une meilleure organisation de la fonction d'orientation des personnes doit être considérée comme une autre priorité. Il convient de s'assurer que chaque personne âgée est effectivement suivie et que les médecins traitants - qui jouent un rôle majeur en la matière - et les autres intervenants de premier recours sont fortement soutenus par des structures d'appui. S'il revient aux ARS d'identifier celles qui sont les plus adaptées, l'ensemble des pouvoirs publics doit s'attacher à les rendre opérationnelles, notamment grâce au développement des outils techniques nécessaires (messagerie sécurisée, évaluation multidimensionnelle partagée, mise en place de gestionnaires de cas).

Enfin l'offre de services de soins, qui s'est développée de façon empirique, sans véritable programmation par les pouvoirs publics et de façon inégale selon les territoires, nécessite une action globale de rationalisation. La coordination qui s'amorce au niveau territorial dans les conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie devrait s'étendre à la programmation de l'offre sociale et médico-sociale.

En outre, certaines réformes entreprises de longue date méritent d'être menées à leur aboutissement. Il en va ainsi de la réforme de la tarification des services d'aide et de soins à domicile et de l'action de simplification des qualifications et des diplômes des intervenants à domicile. D'une manière générale, les services de soins et d'accompagnement à domicile devraient être encouragés à se regrouper, à mutualiser les fonctions support et à mettre à profit les technologies facilitant l'animation d'équipes itinérantes, voire de relayer l'intervention des professionnels en leur absence du domicile des personnes âgées.

Au terme de cette enquête, le premier message de la Cour porte en définitive sur la nécessité d'améliorer l'organisation des aides au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes.

Mieux organiser la réponse aux attentes exprimées par les personnes âgées en perte d'autonomie, qui à une très forte majorité souhaitent rester à domicile aussi longtemps que leur état de santé le leur permet, est la première priorité que doit s'assigner la communauté nationale. Cela suppose de traduire les attentes subjectivement exprimées en besoins objectifs, en perfectionnant l'action d'information et d'orientation des familles, et en adaptant à la demande constatée la programmation de l'offre de services.

Améliorer l'organisation, c'est aussi coordonner plus efficacement, tant au niveau national qu'au niveau territorial, les multiples acteurs qui interviennent auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, soit directement, soit indirectement. Une telle évolution suppose de mettre fin

aux cloisonnements qui subsistent entre les différents dispositifs destinés à coordonner les parcours, qui à cause de leur diversité et leur complexité, composent un système illisible. Les dispositifs nationaux de coordination devraient être appelés à fusionner et les ARS confortées dans leur vocation à répartir les responsabilités entre les équipes de professionnels de terrain, dont elles sont les mieux à même de mesurer l'efficacité et le potentiel.

Le deuxième message de la Cour porte sur la question d'un ciblage plus précis du financement de cette politique.

Une meilleure visibilité sur le coût de la politique de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes et de son évolution est un préalable indispensable à une meilleure anticipation des contraintes budgétaires qui pèseront à terme sur les différentes parties prenante. Les efforts de chiffrage accomplis depuis une dizaine d'année par le ministère chargé des affaires sociales doivent se poursuivre et être approfondis. Il faut aussi que les montants qui restent à la charge des personnes et de leurs familles soient mieux connus, de manière à mieux cibler les politiques publiques.

Quelles que soient les incertitudes qui pèsent sur les perspectives financières, la Cour estime en effet qu'à long terme la contribution des ménages au financement du maintien à domicile tendra à s'accroître plus rapidement que celle des collectivités publics. Dans ce contexte, la question du ciblage des aides publiques se posera de plus en plus. La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a préservé le caractère universel de l'APA, mais les défis de l'avenir imposeront d'adapter avec précision son mode de répartition, ainsi que le recours aux dépenses fiscales, pour que ceux qui en ont le plus besoin, à cause de leur niveau de dépendance et de revenu, en soient dans les faits les principaux bénéficiaires.

C'est à cette double condition d'une amélioration de l'organisation et d'un meilleur ciblage des aides que la politique de maintien à domicile pourra atteindre les niveaux de cohérence, d'efficacité, d'efficience et d'équité permettant de mieux répondre aux attentes et aux besoins des personnes âgées dépendantes et de leurs familles.

Recommandations

Mieux connaître les besoins des personnes âgées dépendantes

13. procéder à une analyse précise et harmonisée des besoins des personnes âgées dépendantes (DGCS).

Mieux répondre aux besoins

14. fédérer les organismes dispensant l'information et leur donner une bonne visibilité (DGCS/CNSA) ;

15. identifier des structures d'appui aux médecins traitants et aux professionnels de premier recours pour accompagner les personnes les plus dépendantes (ARS) ;

16. développer et généraliser les outils techniques nécessaires à la coordination (DGCS/CNSA) ;

17. mener à son terme la réforme de la tarification des services d'aide et de soins à domicile (DGCS) ;

18. simplifier et rationaliser les qualifications et les diplômes des intervenants à domicile (DGCS) ;

19. favoriser le regroupement des services de soins et d'accompagnement à domicile (SGMAS/ARS).

Mieux piloter les politiques et cibler les aides

20. élargir à la programmation de l'offre la compétence de la conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (DGCS) ;

21. améliorer le chiffrage du coût de la dépendance et du maintien à domicile (DREES) ;

22. développer la connaissance des restes à charge par des études, en mesurant précisément les coûts respectifs du maintien à domicile et de l'hébergement en établissement (DREES) ;

23. suivre et soutenir dans les plans d'aide, les expérimentations locales faisant appel à des offres de service de téléassistance et de domotique (DGCS) ;

24. faire face aux besoins de financement futurs en modulant plus fortement l'APA en fonction des ressources des bénéficiaires (DGCS).

Liste des sigles

ADF : Assemblée des départements de France

ALD : affection de longue durée

AGGIR (grille) : autonomie gérontologique groupes iso-ressources

ANAH : agence nationale de l'habitat

APA : allocation personnalisée d'autonomie

ARDH : aide au retour à domicile après hospitalisation

ARS : agence régionale de santé

ASH : aide sociale à l'hébergement

AVS : assistant de vie sociale

CARSAT : caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

CASF : code de l'action sociale et des familles

CCAS ou CIAS : centre communal d'action sociale ou centre intercommunal d'action sociale

CCP : coordination clinique de proximité (mise en œuvre dans les expérimentations PAERPA)

CESU : chèque emploi service universel

CLIC : centre local d'information et de coordination gérontologique

CNAMTS : caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CNAVTS : caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés

CNP : conseil national de pilotage des ARS

CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (établissement public national)

COG : convention d'objectif et de gestion

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CSG : contribution sociale généralisée

CTA : coordination territoriale d'appui (mise en œuvre dans les expérimentations PAERPA)

DARES : direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques

DEAS : diplôme d'État d'aide-soignant

DEAVS : diplôme d'État des auxiliaires de vie sociale

DGCS : direction générale de la cohésion sociale

DGOS : direction générale de l'offre de soins

DIREECTE : direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

DMP : dossier médical personnel

DREES : direction de la recherche, de l'évaluation, des études et de la statistique

DSS : direction de la sécurité sociale

EHPA : établissement d'hébergement des personnes âgées

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESA : équipe spécialisée Alzheimer

FINESS : fichier national des établissements sanitaires et sociaux

FIR : fonds d'intervention régional (géré par les ARS)

FNASSPA : fonds national d'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées

GCSMS : groupement de coopération sociale et médico-sociale

GIR : groupes iso-ressources

HAD : hospitalisation à domicile

HCAAM : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

HCF : Haut Conseil de la famille

HPST : loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite « loi HPST »

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

LASV : loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

MAIA : maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer ou, depuis la loi du 28 décembre 2015, méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

ONDAM : objectif national de dépenses de l'assurance maladie

PAERPA : parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PAP : plan d'aide personnalisé

PCH : prestation de compensation du handicap

PIB : produit intérieur brut

PLFSS : projet de loi de financement de la sécurité sociale

PQE : programme de qualité et d'efficience (annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale)

PRADO : programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation

PSD : prestation spécifique dépendance (remplacée depuis 2002 par l'APA)

SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile

SROMS : schéma régional d'organisation médico-sociale

TFPB : taxe foncière sur les propriétés bâties

UNCAM : union nationale des caisses d'assurance maladie

USH : Union sociale de l'habitat

Annexes

Annexe n° 1 : la grille AGGIR

Annexe n° 2 : l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Annexe n° 3 : les indicateurs de l'OCDE

Annexe n° 4 : les services d'aide et de soins à domicile

Annexe n° 5 : les hospitalisations non programmées

Annexe n° 6 : répartition des organismes porteurs de MAIA

Annexe n° 7 : les dépenses fiscales et niches sociales applicables au maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie

Annexe n° 8 : l'adaptation du logement

Annexe n° 1 : la grille AGGIR

L'évaluation de la perte d'autonomie des personnes demandant l'APA est réalisée à partir d'une grille nationale appelée AGGIR (autonomie, gérontologie, groupe Iso-Ressources) (CASF, art. R. 232-3).

Cette grille permet d'apprécier les activités effectuées ou non par la personne seule. Elle sert à définir les groupes dits iso-ressources (GIR) rassemblant les personnes ayant des niveaux proches en termes de besoins d'aide pour accomplir les actes de la vie quotidienne.

Il existe six groupes dits « iso-ressources » (GIR), censés regrouper des personnes qui peuvent avoir des profils d'incapacité différents, mais qui ont besoin d'une même quantité d'heures de prise en charge. Le GIR 1 constitue le niveau de dépendance le plus grave.

Les groupes iso-ressources peuvent se définir de la façon suivante :

- le GIR 1 comprend les personnes confinées au lit et au fauteuil, ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ;
- le GIR 2 est composé de deux sous-groupes : d'une part, les personnes confinées au lit et au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices : le déplacement à l'intérieur du domicile est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement ;
- le GIR 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle ; ainsi, la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement ; de plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne ;
- le GIR 4 comprend les personnes qui n'assument pas seules leur transfert, mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage ; la plupart s'alimentent seules ; ce groupe comprend aussi des personnes sans problème de locomotion, mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas ;
- le GIR 5 est composé des personnes autonomes dans leurs déplacements chez elles, qui s'alimentent et s'habillent seules ; elles

peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;

- le GIR 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne. (CASF, art. R. 232-3)

Seules les personnes classées dans les GIR 1, 2, 3 et 4 de la grille nationale peuvent prétendre à l'APA (CASF, art. L. 232-2, R. 232-3 et R. 232-4).

Les personnes classées dans les GIR 5 et 6 sont susceptibles néanmoins de bénéficier de certaines aides au maintien à domicile de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS)[100].

L'évaluation de la perte d'autonomie des demandeurs à l'APA s'effectue dans le cadre de l'instruction de la demande.

Depuis son origine, la grille AGGIR a fait l'objet de très nombreuses études évaluatives, synthétisées pour partie dans le rapport de janvier 2003 du « comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie » prévu par la loi de 2001 créant l'APA. Fin 2005, à la demande de la DGAS, une étude spécifique a été conduite conjointement par le pôle d'études du Dr Colvez, président du comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie, et le centre de gestion scientifique de l'École des mines sur la fiabilité de l'instrument AGGIR. Un « guide de remplissage » a apporté en 2008 des précisions sur la codification des activités par les évaluateurs départementaux, accompagné de recommandations de bonnes pratiques sur l'organisation des équipes médico-sociales autour de l'utilisation de la grille et d'une offre de formation à son usage destinée notamment aux équipes médico-sociales APA.

Plus récemment, sur la demande du ministre des affaires sociales, la CNSA[101] a été chargée d'animer un groupe de travail, composé de représentants des conseils généraux, des assureurs et des représentants des ministères, dont les travaux ont porté notamment sur l'appréciation de la grille AGGIR.

---

[100] Circ. CNAVTS n° 2007/16, 2 février 2007 - Circ. CNAVTS n° 2011-13, 3 février 2011 - Circ. CNAVTS n° 2012-29, 23 mars 2012.

[101] Rapport CNSA « *Évaluation des situations de perte d'autonomie des personnes âgées. Des possibilités d'un partenariat public-privé pour l'évaluation des situations de perte d'autonomie des personnes âgées* ». Octobre 2010.

La validité d'AGGIR en tant qu'instrument de mesure de la dépendance est généralement reconnue, concurremment à celle de très nombreux autres instruments utilisés en France ou à l'étranger (échelle de Katz ; méthode RAI- Résident Assessment Instrument ; système de mesure de l'autonomie fonctionnelle - SMAF).

Les principales critiques qui lui sont adressées concernent son caractère ambivalent : AGGIR se situe à mi-chemin entre un strict outil d'éligibilité à l'APA (prise en compte de la capacité à effectuer des actes de la vie quotidienne ou AVQ) et un outil d'évaluation des besoins de la personne (description des capacités à effectuer des AVQ qui ne sont pas prises en compte dans le « girage »).

En tant qu'instrument d'éligibilité à l'allocation, plusieurs études ont montré que l'homogénéité des évaluations des situations personnelles n'était pas assurée au niveau national. Une étude de la DREES[102] a montré que les écarts départementaux en matière de nombre de bénéficiaires de l'APA s'expliquaient à 62 % par des caractéristiques sociodémographiques et à 6 % par la politique départementale concernant les personnes âgées, mais que 32 % de ces écarts demeuraient inexpliqués : cette étude a émis l'hypothèse qu'une partie pourrait être imputable à des pratiques différentes entre équipes d'évaluation départementales. Un décret a établi en 2008 un nouveau guide exhaustif pour le remplissage de la grille, et des formations ont été mises en place pour les équipes médico-sociales des départements avec des formateurs relais dans ces équipes et dans les établissements, la CNSA étant associée à ce programme. Aucune nouvelle évaluation ne permet de s'assurer que les pratiques en ont été significativement harmonisées.

Les critiques adressées à la grille AGGIR en tant qu'outil d'évaluation des besoins sont plus fondamentales :

- les éléments de l'environnement matériel et humain de la personne qui interfèrent positivement ou négativement avec la réalisation ou non des activités de la vie quotidienne ne sont pas décrits par la grille, ce qui gêne l'appréciation de l'autonomie réelle ;
- sur le plan sanitaire, l'outil AGGIR ne vise pas à identifier la cause, médicale, de la dépendance. Même si les demandes d'allocation sont en général accompagnées d'un certificat médical confidentiel, celui-ci n'est pas obligatoire ni toujours suffisamment descriptif des pathologies de la personne et de leur évolution prévisible, ce qui

[102] Études et Résultats, n° 372, janvier 2005, *L'APA : une analyse des disparités départementales en 2003*, F. Jeger, DREES

prive l'évaluateur d'éléments pour la prévention ou pour coordonner les interventions sociales avec celles des équipes de soins. Un bilan de santé intégrant les questions de prévention serait nécessaire à la construction d'un plan d'aide multidimensionnel ;

- les critiques relatives à une insuffisante prise en compte des capacités psychiques ont, en revanche, été infirmées par le groupe de travail animé par la CNSA. En effet, la grille comporte deux items discriminants (cohérence et orientation), permettant d'apprécier les capacités cognitives et de les prendre en compte dans le « girage ». En outre, l'introduction par le guide 2008 d'une qualification des cotations A, B, C en quatre adverbes (« totalement », « spontanément », « habituellement », « correctement »), permet d'apprécier l'impact des détériorations intellectuelles sur les activités domestiques.

Il existe d'autres outils d'évaluation de la perte d'autonomie :

- le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) est un instrument d'évaluation de l'autonomie développé à partir de la conception fonctionnelle de la santé et de la classification internationale de déficiences, incapacités et handicaps de l'Organisation mondiale de la santé. Il évalue 29 fonctions couvrant les activités de la vie quotidienne (AVQ), la mobilité, les communications, les fonctions mentales et les tâches domestiques ou activités « instrumentales ». Chaque fonction du SMAF est cotée sur une échelle selon des critères précis, à partir de renseignements obtenus par questionnement et observation de la personne ou par questionnement d'un tiers (Hébert et coll., 1988). Ce système a notamment été expérimenté par le département de la Dordogne ;
- le guide d'évaluation des besoins de compensation (GEVA) est utilisé pour les personnes handicapées. Une version « aînés » (GEVA-A) est en cours d'élaboration.

Annexe n° 2 : l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) constitue aujourd'hui l'une des principales aides publiques au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes.

Elle a été mise en place par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Elle s'est substituée à la prestation spécifique dépendance (PSD) au 1er janvier 2002.

Le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 18 juillet 2001 déclarant la loi instituant l'APA conforme à la Constitution, a souligné le caractère hybride de cette prestation en la qualifiant *« d'allocation d'aide sociale répondant à une exigence de solidarité nationale*[103]. Prévue par le CASF, gérée et en grande partie financée par les départements, l'APA est en effet une allocation d'aide sociale. Elle relève d'ailleurs, en matière de recours contentieux, des juridictions spécialisées de l'aide sociale. Elle est cependant inscrite dans une logique de protection sociale, dans la mesure où elle a une vocation universelle.

L'APA est une prestation légale et personnalisée en nature. Elle permet de financer, totalement ou le plus souvent partiellement, la prise en charge adaptée aux besoins spécifiques d'une personne âgée vivant à domicile qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liées à son état physique ou mental.

L'APA est déterminée à partir de barèmes nationaux, distincts selon que la personne âgée vit à domicile ou en établissement.

Lorsqu'elle est accordée à des personnes vivant à domicile, elle a vocation à être affectée à la couverture des dépenses figurant sur un plan d'aide élaboré, en fonction des besoins de la personne, par une équipe médico-sociale. L'éventail de services ainsi pris en charge est vaste et comprend la rémunération de l'intervenant à domicile, le règlement des frais d'accueil temporaire, avec ou sans hébergement, des dépenses de transport, d'aides techniques, d'adaptation du logement et toute autre dépense concourant à l'autonomie du bénéficiaire (CASF, art. L. 232-3 et R. 232-8).

[103] Cons. Const, déc., 18 juill. 2001, n° 2001-447 DC : JO, 21 juillet.

Le bénéficiaire de l'APA peut employer un ou plusieurs membres de sa famille, à l'exception de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec laquelle il a signé un pacte civil de solidarité (CASF, art. L. 232-7). De nombreux services et associations, par ailleurs souvent soutenus financièrement par le département, peuvent également prendre en charge la personne âgée. Ces structures assurent notamment l'aide au ménage, aux courses, aux repas, à la toilette…

Elles interviennent :

- soit en prestataire de service : dans ce cas, l'organisme est employeur de la personne qui rend le service et s'occupe de toutes les formalités (bulletins de salaires, gestion des congés, remplacement, etc.).
- soit en service mandataire : dans ce cas, le service met en relation la personne âgée avec l'intervenant à domicile. Il assure les formalités administratives et les déclarations sociales mais la personne âgée est l'employeur légal de l'aide à domicile.

La personne âgée peut aussi employer une personne directement (de gré à gré). Dans ce cas, celle-ci elle gère toutes les formalités liées à l'emploi.

⁂

De manière stable, on constate qu'environ 60 % des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile et 40 % en établissement.

À domicile, la proportion des bénéficiaires modérément dépendants, c'est-à-dire relevant d'un GIR 4, est de manière logique plus forte (58 %) qu'en établissement (24 %).

Montants et participations financières des bénéficiaires de l'APA à domicile

De manière schématique, l'APA s'adresse aux personnes âgées de 60 ans et plus[104] disposant d'une résidence régulière et stable en France[105].

Le montant de l'APA à domicile est égal au montant de la fraction du plan d'aide utilisée, auquel on soustrait une certaine somme restant à la charge du bénéficiaire. Son montant ne peut pas dépasser un montant mensuel maximum.

[104] CASF, art. R. 232-1.
[105] CASF, art. L. 232-2, art. R. 232-2.

Au 1er mars 2016, ces montants maximum étaient les suivants :

GIR	Montant mensuel maximum
GIR 1	**1713,08 €**
GIR 2	**1375,54 €**
GIR 3	**993,88 €**
GIR 4	**662,95 €**

Le ticket modérateur, c'est-à-dire la participation laissée à la charge du bénéficiaire de l'APA dépend de ses ressources. Les bénéficiaires de l'APA dont les revenus sont inférieurs à 800 € par mois (ce qui correspond au niveau actuel de l'ASPA, l'allocation de solidarité aux personnes âgées) sont, **à partir du 1er mars 2016, exonérés de participation financière**.

Le taux de participation financière des bénéficiaires de l'APA gagnant entre 800 € et 2 945 € à partir du 1er mars 2016 est modulé suivant le montant du plan d'aide, afin d'alléger le reste à charge pour **les plans d'aide les plus importants.** Ainsi, les bénéficiaires de l'APA, pour la partie de leur plan d'aide comprise entre 350 € et 550 € bénéficieront d'un abattement dégressif de 60% au maximum pour les revenus immédiatement supérieurs à l'ASPA, jusqu'à 0% pour un revenu égal à 2 945 €. Cet abattement est porté à 80% pour la partie du plan d'aide supérieure à 550 €.

L'attribution de l'APA n'est donc soumise à aucune condition de ressources. Toutefois, au-delà d'un certain niveau de revenus, une participation financière proportionnelle à ces derniers est demandée au bénéficiaire.

L'article R. 235-2 du CASF en précise les modalités. Il est tenu compte :

1° Du revenu déclaré de l'année de référence tel que mentionné sur le dernier avis d'imposition ou de non-imposition, des revenus soumis au prélèvement libératoire en application de l'article 125 A du code général des impôts et, le cas échéant, de ceux du conjoint, du concubin ou de la personne avec qui il a été conclu un pacte civil de solidarité pour l'année civile de référence;

2° Des biens ou capitaux qui ne sont ni exploités ni placés, selon les modalités fixées à l'article R. 132-1. Toutefois, cette disposition ne

s'applique pas à la résidence principale lorsqu'elle est occupée par l'intéressé, son conjoint, son concubin ou la personne avec qui il a conclu un pacte civil de solidarité, ses enfants ou petits-enfants.

Les prestations sociales qui, en application des articles L. 232-4 et L. 232-8, ne sont pas prises en compte dans le calcul des ressources de l'intéressé sont les suivantes :

1° Les prestations en nature dues au titre de l'assurance maladie, maternité, invalidité ou de l'assurance accident du travail ou au titre de la couverture maladie universelle;

2° Les allocations de logement mentionnées aux articles L. 542-1 et suivants et L. 831-1 à L. 831-7 du code de la sécurité sociale et l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation;

3° Les primes de déménagement instituées par les articles L. 542-8 et L. 755-21du code de la sécurité sociale et par l'article L. 351-5du code de la construction et de l'habitation;

4° L'indemnité en capital attribuée à la victime d'un accident du travail, prévue à l'article L. 434-1 du code de la sécurité sociale;

5° La prime de rééducation et le prêt d'honneur mentionnés à l'article R. 432-10 du code de la sécurité sociale;

6° La prise en charge des frais funéraires mentionnés à l'article L. 435-1 du code de la sécurité sociale;

7° Le capital décès servi par un régime de sécurité sociale

L'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie n'est pas subordonnée à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire définie par les articles 205 à 211 du code civil. L'APA est incessible et insaisissable (CASF, art. L. 232-25, al. 4).

L'APA est exonérée d'impôt sur le revenu (CGI, art. 81, 2°), de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS).

Les sommes versées au titre de l'APA ne font l'objet d'aucune récupération sur la succession du bénéficiaire, sur le légataire ou sur le donataire (CASF, art. L. 232-19). Cette disposition représente une originalité par rapport aux mécanismes financiers propres aux prestations d'aide sociale et traduit le caractère hybride de l'APA. Tout en demeurant une prestation d'aide sociale, elle s'inscrit dans une logique de protection sociale.

Annexe n° 3 : les indicateurs de l'OCDE

Au regard de sept indicateurs suivis par l'OCDE, la situation de la France apparaît favorable, tant sur le plan de l'évolution démographique que sur celui de la prise en charge de la dépendance.

En raison de taux de natalité et de taux de fécondité supérieurs à la moyenne des pays de l'OCDE, la France devrait avoir à l'horizon 2050 une proportion de personnes âgées de 80 ans et plus voisine de la moyenne de l'OCDE et nettement inférieure à celle de pays comme l'Allemagne ou l'Espagne. Mais surtout, l'espérance de vie à 65 ans est bien supérieure à celle de la moyenne des pays de l'OCDE, tant pour les femmes que pour les hommes.

La part de la population âgée de 65 ans et plus bénéficiant de soins de longue durée est légèrement inférieure à la moyenne pour l'ensemble établissement/domicile, mais légèrement supérieure à la moyenne pour les seules prises en charge à domicile.

La population âgée de 50 ans et plus se déclarant « aidant informel » est supérieure à la moyenne. Le pourcentage de la population de 50 ans et plus bénéficiant d'une assistance à domicile est nettement supérieur à celui de l'Allemagne ou de l'Espagne.

Les dépenses consacrées à la dépendance représentent un pourcentage de PIB voisin de celui de l'Allemagne (1,3 % pour l'Allemagne, 1,2 % pour la France). La part de l'assurance privée dans les dépenses de dépendance est beaucoup plus faible en France que dans les autres pays de l'OCDE.

Panorama de la santé 2013, Les indicateurs de l'OCDE

Part de la population âgée de 80 ans et plus

En 2010 : France = 5 % ; moyenne OCDE (33 pays) = 4 % ; Allemagne et Espagne = 5 %
En 2050 : France = 11 % ; moyenne OCDE (33 pays) = 10 % ; Allemagne et Espagne = 15 %

Espérance de vie à 65 ans en 2011

France : 23,8 années pour les femmes, 19,3 années pour les hommes

Moyenne OCDE : 20,9 années pour les femmes, 17,6 années pour les hommes
Allemagne : 21,2 années pour les femmes, 18,2 années pour les hommes
Espagne : 22,8 années pour les femmes, 18,7 années pour les hommes

Population âgée de 65 ans et plus bénéficiant de soins de longue durée en 2011

France : 11,2 % dont 5 % à domicile
OCDE 21 : 12,7 % dont 4,5 % à domicile
Allemagne : 11,7 % dont 4,5 % à domicile
Espagne : 7,2 % dont 2 % à domicile

Population âgée de plus de 50 ans déclarant être aidants informels, en 2010

France : 16 %
OCDE 18 : 15,6 %
Allemagne : 15,7 %
Espagne : 14,2 %

Les prestations de services et le financement de la dépendance, besoin d'aide ? OCDE 2011

Dépenses liées à la dépendance, en pourcentage du PIB en 2008

France : 1,2 % dont 0,3 % à domicile
Allemagne : 1,3 % dont 0,5 % à domicile
Espagne : 0,9 % dont 0,4 % à domicile

Pourcentage de la population de 50 ans et plus bénéficiant d'une assistance à domicile

France : 17,6 %
Allemagne : 5,1 %
Espagne : 6,8 %

Part de l'assurance dépendance privée dans les dépenses totales liées à la dépendance

France : 0,5 %
OCDE 13 : 1,5 %
Allemagne : 1,9 %
États-Unis : 7 %

Annexe n° 4 : les services d'aide et de soins à domicile

Le développement de l'offre de service s'est fait à l'initiative du secteur privé, notamment associatif, encore très fortement implanté[106]. Les pouvoirs publics ont pris le relais : ils ont cherché à consolider ces actions et réglementé les prestations, dans un souci d'homogénéisation. Sous ces impulsions conjuguées, l'offre de prise en charge a été fortement augmentée au cours des dernières décennies.

1. Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) sont des services médico-sociaux qui apportent des soins aux personnes âgées et handicapées (6° et 7° de l'article 312-1 du CASF). Ces services sont autorisés par l'ARS et financés à 100 % par les crédits d'assurance maladie. Les SSIAD assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de 60 ans ou plus, malades ou dépendantes, et, depuis 2004, aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de maladies chroniques, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels.

L'objectif est de prévenir et retarder la dégradation progressive de l'état des personnes et d'éviter leur hospitalisation. À ce titre, ils interviennent principalement au domicile des patients mais aussi, dans des établissements non médicalisées pour personnes âgées, personnes handicapées ou personnes présentant une affection de longue durée ou des établissements pour personnes âgées (appelées petites unités de vie).

L'officialisation réglementaire des SSIAD est intervenue avec le décret n° 81-448 du 8 mai 1981, qui réservait le bénéfice des SSIAD aux personnes âgées de plus de 60 ans. Ce texte prévoyait que l'autorisation de créer un SSIAD était délivrée par le préfet de département, après consultation d'une ou de plusieurs organisations syndicales les plus représentatives d'infirmiers libéraux et après analyse des besoins dans l'aire d'intervention. Cette autorisation prévoyait le nombre de personnes âgées susceptibles d'être prises en charge simultanément par le service.

[106] 50 % des places en hébergement pour personnes âgées dépendantes sont implantées dans des établissements publics, 28 % dans des établissements privés à but non lucratif et 22 % dans des établissements privés commerciaux.

Ce cadre réglementaire a été profondément réformé par le décret du 25 juin 2004, qui a notamment modifié les catégories de bénéficiaires : outre les personnes âgées de plus de 60 ans, le texte autorise la prise en charge de personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de pathologies chroniques ou d'affections de longue durée.

Le décret du 25 juin 2004 a prévu par ailleurs la possibilité de créer des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), qui exercent à la fois les missions dévolues à un service de soins infirmiers à domicile et les missions dévolues à un service d'aide à domicile. Cette création avait pour but de favoriser la coordination des interventions auprès du bénéficiaire et de mutualiser les interventions.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a introduit un changement dans les modalités d'autorisation de création des SSIAD. Jusqu'en 2009, l'autorisation de créer un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) était délivrée par le préfet de département après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS). Depuis 2010, c'est l'ARS qui autorise la création des SSIAD, définit le nombre de « places », contrôle leur fonctionnement et évalue et alloue les moyens nécessaires. L'autorisation est accordée sous réserve que le projet soit compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sociale et médico-sociale et le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

Les SSIAD sont majoritairement des structures de taille modeste (40 places en moyenne). Ils sont gérés par des organismes privés non lucratifs (associations ou mutuelles) ou des établissements publics (centres hospitaliers, établissements hospitaliers pour personnes âgées dépendantes, CCAS, etc.). L'admission en SSIAD est effectuée sur prescription médicale, à la demande de la famille, du patient, du médecin traitant, de l'établissement de santé, après une visite d'admission effectuée par l'infirmière coordinatrice du SSIAD. Lors de cette visite, l'infirmière coordinatrice recense les besoins de soins, de matériel, effectue la classification en GIR, planifie le nombre de visites quotidiennes, hebdomadaires, etc.

Les interventions sont réalisées par des aides-soignantes, des infirmiers, des aides médico-psychologiques, salariés des SSIAD, mais également par des infirmiers du secteur libéral avec lesquels les SSIAD établissent un conventionnement[107]. Les infirmiers libéraux peuvent également intervenir directement au domicile des patients, sur prescription médicale, en dehors de tout lien avec le SSIAD.

2. Les services d'aide et d'accompagnement à domicile

2-1 Des prestations encadrées

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux (article L. 312-1-6° du CASF (personnes âgées) et 7° (personnes handicapées). Ils assurent, au domicile des personnes ou à partir de leur domicile, des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne, à l'exclusion des actes de soins réalisés sur prescription médicale, qui relèvent des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Les SAAD assurent des prestations qui concourent au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne, au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage ; il s'agit notamment de l'aide au lever, à l'habillage, à l'hygiène, de l'entretien du logement et du linge, des courses, de préparation des repas. Ils s'adressent aux personnes âgées, aux personnes handicapées et aux familles rencontrant des difficultés sociales. Ils répondent à des besoins sociaux, mis en évidence dans le cadre des schémas départementaux de planification de la politique publique : schéma gérontologique, schéma handicap, schéma enfance.

[107] Paradoxalement, les SSIAD comprennent peu d'infirmiers qui ne représentent que 15 % de leurs effectifs (DREES études et résultats n° 739 septembre 2010). La grande majorité du personnel est composée d'aides-soignants (75 % des effectifs). Les SSIAD sont donc amenés à recourir à des infirmiers libéraux, pour effectuer essentiellement des actes médicaux infirmiers.

Les SAAD peuvent relever de plusieurs formes juridiques : forme associative, publique (CCAS/CIAS) ou commerciale (entreprises). Leurs prestations s'inscrivent dans un projet individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne. Elles ouvrent droit à des prises en charge financières, notamment du département, dans le cadre de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) ou de l'aide sociale, des caisses de retraite (CARSAT - actions de prévention), des mutuelles et assurances vieillesse, de l'ARS (actions de prévention de la perte d'autonomie et coordination des parcours de soins en application des schémas régionaux de prévention). Elles sont réalisées par des aides à domicile, notamment des auxiliaires de vie sociale (AVS) diplômées.

Les SAAD peuvent intervenir selon plusieurs modes :

- le mode mandataire : le service propose au bénéficiaire le salarié qui assurera la prestation. Le bénéficiaire sera l'employeur du salarié.
- le mode prestataire : le service met à disposition du bénéficiaire ses salariés afin qu'ils réalisent la prestation.

2.1. Un régime juridique en voie d'unification

Le secteur de l'aide à domicile s'est considérablement développé, sous l'impulsion des pouvoirs publics, et sous un angle double : un angle médico-social, d'une part, en répondant aux besoins liés au vieillissement de la population, et un angle économique, d'autre part, le secteur pouvant apporter un potentiel d'emplois non délocalisables pour des personnes peu qualifiées et particulièrement exposées au chômage. Ce secteur recouvre un périmètre plus large que les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) : il concerne également depuis la loi du 26 juillet 2005, l'ensemble des services à la personne.

À côté des particuliers employeurs, les services d'aide à domicile pouvaient relever de deux régimes juridiques :

- le régime de l'autorisation de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 concerne les services d'aide et d'accompagnement à domicile des personnes âgées (SAAD). Ils sont soumis à un régime d'autorisation (sur une durée de 15 ans) et à des obligations portant notamment sur le respect des droits des usagers et sur la présentation de leurs documents budgétaires et comptables. Ils sont autorisés par le président du conseil général conformément au schéma départemental d'organisation sociale ;

- le régime de l'agrément concerne les services d'aide à domicile aux publics dits fragiles. Ils relèvent du champ des services à la personne régis par les articles L. 7232-1 et suivants du code du travail. Ces services sont soumis à l'agrément délivré par le préfet (direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi -DIRECCTE) après avis du président du conseil départemental. L'agrément requiert le respect par l'organisme d'un cahier des charges qui doit permettre de garantir l'équivalence de qualité avec l'autorisation.

Depuis le vote de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (art. 47), pour intervenir auprès des bénéficiaires de l'APA, un SAAD devra y être spécifiquement autorisé s'il n'est pas détenteur d'une habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Les deux régimes juridiques, qui vont être amenés à coexister pendant une période de transition, se différencient par la fixation des prix et la tarification.

2.2. La tarification des SAAD

La tarification des services autorisés

Dans le cadre de la procédure de tarification, les tarifs des services autorisés sont déterminés par le président du conseil départemental sur la base de l'approbation des dépenses prévisionnelles de personnels (selon leur niveau de qualification) et de structure, ces deux ensembles aboutissant à un coût horaire de structure auquel est ajouté un coût horaire de coordination, d'encadrement et de soutien. Le coût horaire d'intervention ou de structure est calculé sur la base du nombre d'heures d'intervention prévisionnelles de tous les personnels visés aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 314-130 du CASF, chaque catégorie de personnel donnant lieu à un tarif différent. Les études réalisées depuis 2007 relèvent que les pratiques de la tarification des départements sont très hétérogènes et génératrices de différences tarifaires notables.

Une liberté tarifaire des services agréés

Les SAAD agréés déterminent librement leurs tarifs, dont l'évolution est ensuite encadrée dans la limite du taux maximal annuel d'augmentation défini par arrêté du ministre chargé de l'économie et des finances. Lorsqu'un service agréé intervient au titre de l'APA, les départements retiennent, soit un tarif de référence commun à l'ensemble des services agréés, soit la réalité des coûts déclarés lors de l'obtention de l'agrément, mais cette situation est plus rare. Une circulaire du 1er décembre 2008 demande aux départements de retenir un tarif de

référence égal à la moyenne des tarifs des services autorisés. L'écart entre le tarif de référence financé par le département et le tarif effectivement facturé au bénéficiaire s'ajoute au reste à charge légal pour constituer la participation financière totale de l'usager.

Le financement des interventions extra-légales des services

Les interventions extra-légales financées par les caisses d'assurance vieillesse au titre de leurs missions d'aide sociales auprès des personnes âgées les moins dépendantes sont financées sur la base d'un tarif défini au niveau national. En 2015, le montant de la participation horaire fixé par la CNAVTS s'élève à 20,10 €.

Annexe n° 5 : les hospitalisations non programmées : des surcoûts importants, mal documentés

Quelques essais de chiffrage des coûts évitables, liés aux hospitalisations programmées, ont été réalisés, qu'il conviendrait de conforter et de généraliser.

Le rapport du HCAAM de 2011 a analysé des dépenses hospitalières considérées comme liées à l'âge[108] et souligné des disparités territoriales fortes, notamment en durée moyenne de séjour (DMS). L'hypothèse étudiée dans ce rapport est celle d'une réduction possible de la disparité des durées de DMS par une meilleure organisation de l'amont et de l'aval de l'établissement. En retenant un alignement des DMS pour six ensembles de pathologies sur la valeur moyenne des départements où elle est la plus basse, le gain attendu est « d'environ 3 millions de journées d'hospitalisation, que l'on peut valoriser, sur les pathologies en question, à environ 2 milliards d'euros. ». Comme les auteurs du rapport le mentionnent, il s'agit d'une estimation grossière mais qui donne néanmoins la mesure des moindres dépenses potentielles.

Dans le cadre des expérimentations PAERPA, la DSS, d'après les calculs d'un cabinet conseil et des scénarios de la DREES[109], estime, quant à elle, à 437 M€ les économies attendues de la coordination sur la consommation de médicaments et à 990 M€ celles sur l'hospitalisation, soit un total de 1 427 M€.

Ces chiffrages sommaires interpellent par leurs montants. Il conviendrait de mesurer plus précisément les gains possibles grâce à une meilleure organisation de la coordination et de prendre en compte également le redéploiement de charges que celle-ci pourrait entraîner en faveur du domaine médico-social.

Ainsi les hospitalisations inappropriées de personnes âgées en perte d'autonomie entraînent d'importantes dépenses, qui pourraient être sensiblement réduites si une véritable gestion des parcours de santé et d'accompagnement de ces personnes était mise en œuvre.

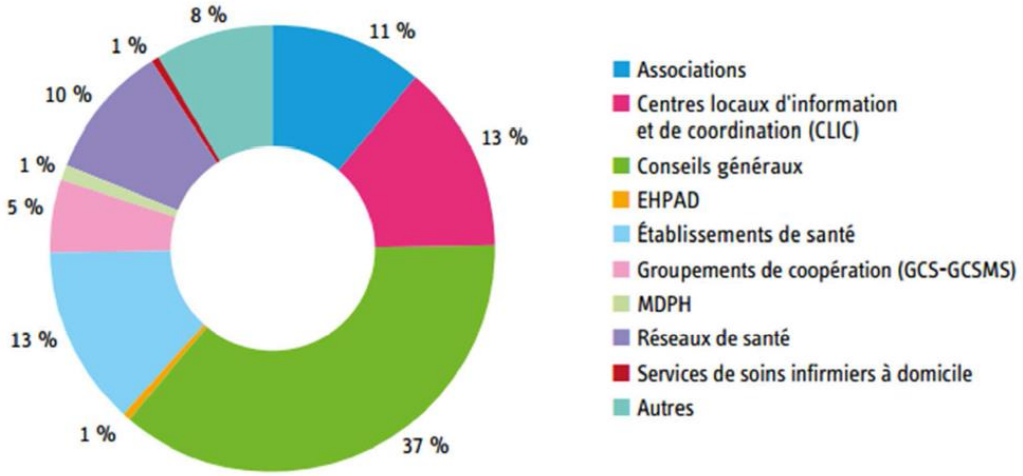
---

[108] Sur six ensembles de pathologies (respiratoire, AVC, insuffisance cardiaque et troubles du rythme, traitements médicaux et chirurgicaux des troubles musculo squelettiques et pathologie mentale), fréquentes chez des personnes très âgées (85 ans et plus).

[109] Cf. présentation aux DGARS du 19 septembre 2013.

Annexe n° 6 : répartition des organismes porteurs de MAIA

Selon les données les plus récentes de la CNSA, fin 2013, la répartition des organismes porteurs de MAIA était la suivante :



Source : CNSA (les données ont été recueillies à la suite des dialogues de gestion entre CNSA et les ARS)

Annexe n° 7 : les dépenses fiscales et niches sociales applicables au maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie

N° de la mesure	Intitulé	Impôt concerné	Objectif	Lieu d'hébergement	Coût 2015 (en M€)
1. DEPENSES FISCALES ET NICHES SOCIALES CIBLEES SUR LA DEPENDANCE DES PERSONNES AGEES					
DF110213	Réduction d'impôt au titre des frais de dépendance et d'hébergement pour les personnes dépendantes accueillies en établissement spécialisé	IR	Aider les personnes dépendantes	Établissement	365
DF120142	Exonération de la prise en charge directe à titre de pensions alimentaires des dépenses d'hospitalisation ou d'hébergement en établissement des ascendants privés de ressources suffisantes par leurs enfants ou petits-enfants	IR	Aider les personnes dépendantes	Établissement	16
DF120205	Exonération de l'allocation personnalisée d'autonomie	IR	Aider les personnes dépendantes	Domicile/ établissement	145
DF730214	Taux intermédiaire pour les services d'aide à la personne fournis (...) par des associations, des entreprises ou des organismes déclarés, et taux réduit pour les prestations de services exclusivement liées aux gestes essentiels de la vie quotidienne des (...) personnes âgées dépendantes qui sont dans l'incapacité de les accomplir, fournies par des associations, des entreprises ou des organismes déclarés	TVA	Développer les emplois de service à la personne	Domicile	170
DF730219	Taux réduit pour la fourniture de logement et de nourriture dans les établissements d'accueil des personnes âgées et handicapées	TVA	Aider les personnes âgées, modestes ou handicapées	Établissement	690

NS05105	Exonération au titre de l'aide à domicile employée par un particulier fragile	Cotisations patronales	Favoriser le maintien à leur domicile des personnes en situation de dépendance	Domicile	882 (2013)
NS05110	Exonération au titre de l'aide à domicile employée par une association ou une entreprise auprès d'une personne fragile	Cotisations patronales	Favoriser le maintien à leur domicile des personnes fragiles en raison de leur dépendance	Domicile	862 (2013)
NS05115	Exonération au titre de la rémunération des accueillants familiaux	Cotisations patronales	Favoriser un mode particulier d'accueil des personnes en perte d'autonomie	Domicile	nd
2. DEPENSES FISCALES APPLICABLES AU TITRE DU HANDICAP					
DF050202	Dégrèvement des dépenses pour faciliter l'accessibilité pour personnes handicapées	TFPB	Aider les personnes handicapées	Domicile	nc
DF070101	Exonération en faveur des personnes âgées, handicapées ou de condition modeste	TH	Aider les personnes âgées, modestes ou handicapées	Domicile/ établisse-ment	1 275
DF100201	Abattement en faveur des personnes âgées ou invalides de condition modeste	IR	Aider les personnes modestes âgées ou invalides	Domicile/ établisse-ment	375
DF110104	Demi-part supplémentaire pour les contribuables invalides	IR	Aider les personnes invalides	Domicile/ établisse-ment	425
DF110236	Crédit d'impôt pour dépenses d'équipements de l'habitation principale en faveur de l'aide aux personnes	IR	Aider les personnes âgées ou handicapées, prévenir les risques technologiques	Domicile	34

DF730203	Taux réduit pour les ventes portant sur certains appareillages, ascenseurs et équipements spéciaux pour les handicapés	TVA	Aider les personnes handicapées	Domicile/ établissement	760
DF730210	Taux réduit de pour certaines opérations (livraisons à soi-même d'opérations de construction, livraisons à soi-même de travaux de rénovation, ventes, apports, etc.) et taux intermédiaire pour les livraisons à soi-même de certains travaux d'amélioration, de transformation, d'aménagement et d'entretien portant notamment sur les logements relevant de certains établissements d'hébergement de personnes âgées	TVA	Aider le secteur immobilier social	Établissement	1 430
3. DEPENSES FISCALES APPLICABLES AU TITRE DE L'ÂGE					
DF050101	Exonération en faveur des personnes âgées ou de condition modeste	TFPB	Aider les personnes âgées ou modestes	Domicile/ établissement	133 (2014)
DF050201	Dégrèvement d'office en faveur des personnes de condition modeste 65-75 ans	TFPB	Aider les personnes âgées ou modestes	Domicile/ établissement	70
DF100105	Déduction des avantages en nature consentis en l'absence d'obligation alimentaire à des personnes âgées de plus de 75 ans, de condition modeste, qui vivent sous le toit du contribuable	IR	Aider à la prise en charge familiale des personnes âgées	Domicile	1
4. DEPENSES FISCALES ET NICHES SOCIALES APPLICABLES AU TITRE DES SERVICES À LA PERSONNE					
DF110214	Réduction d'impôt au titre de l'emploi, par les particuliers, d'un salarié à domicile	IR	Développer les emplois de service à la personne	Domicile	1 670
DF110246	Crédit d'impôt au titre de l'emploi d'un salarié à domicile	IR	Développer les emplois de service à la personne	Domicile	1 980

DF120134	Exonération de l'aide financière versée par l'employeur ou par le comité d'entreprise en faveur des salariés afin de financer des services à la personne	IR	Développer les emplois de service à la personne	Domicile	45
DF210308	Crédit d'impôt famille	IR/IS	Aider les familles	Domicile	70
DF320115	Non-assujettissement des résultats des activités des associations conventionnées et des associations agréées de services aux personnes	IS	Développer les emplois de service à la personne	Domicile	45
DF720107	Exonération des services rendus aux personnes physiques par les associations agréées	TVA	Développer les emplois de service à la personne	Domicile	575
NS05100	Déduction forfaitaire pour les particuliers employeurs	Cotisations patronales	Diminuer le coût du travail et inciter à la régularisation du travail non déclaré	Domicile	198 (2014)
NS13115	Exclusion de l'assiette des cotisations et contributions sociales de l'aide du comité d'entreprise ou de l'entreprise pour le financement d'activités de services à domicile – CESU préfinancé		Inciter les employeurs à participer au financement des dépenses de services à la personne des salariés de l'entreprise	Domicile	303 (assiette exemptée en 2013)

5. DEPENSES FISCALES RELATIVES AU LOGEMENT					
DF070201	Dégrèvement d'office en faveur des gestionnaires de foyers et des organismes sans but lucratif agréés pour les logements loués à des personnes défavorisées	TH	Aider le secteur immobilier social	Établissement	43
DF110250	Réduction d'impôt sur le revenu au titre des investissements locatifs réalisés dans le secteur de la location meublée non professionnelle du 1er janv. 2009 au 31 déc. 2016	IR	Augmenter l'offre de logements locatifs	Domicile	175
DF150121	Exonération des plus-values immobilières réalisées par les personnes âgées ou handicapées à l'occasion de la cession de leur ancienne résidence principale avant leur entrée dans un établissement médicalisé	IR	Aider les personnes âgées, modestes ou handicapées	Domicile/ établissement	nc
6. DEPENSES FISCALES NON REFERENCEES					
	Exonération pour l'emploi d'un(e) salarié(e) à domicile et pour l'emploi de plusieurs salarié(e)s à domicile « dont la présence au domicile de l'employeur est nécessitée par l'obligation pour ce dernier ou toute autre personne présente à son foyer de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie » (article 231 bis P du CGI)	Taxe sur les salaires		Domicile	nc
	Exonération des contrats d'assurance-dépendance (art 995 14° du CGI)	Taxe sur les conventions d'assurance		Domicile/ établissement	Nc

Sources : Voies et Moyens, vol. II du PLF 2015 pour les dépenses fiscales et de l'annexe 5 au PLFSS 2015 pour les niches sociales

Annexe n° 8 : l'adaptation du logement

Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie est parfois rendu difficile par le manque d'accessibilité de leur logement. La loi du 11 février 2005[110] a, certes, imposé que tous les nouveaux logements soient « accessibles à tous », mais elle ne s'applique qu'aux constructions neuves. Les obligations légales de mise en accessibilité sont pratiquement inexistantes en ce qui concerne le stock de logements existants.

En novembre 2005, dans son rapport public thématique sur les personnes âgées dépendantes, la Cour a mis en évidence les insuffisances des aides techniques et des aides à l'amélioration de l'habitat et jugeait que les aides disponibles étaient mal coordonnées. Elle recommandait, en particulier, de « promouvoir une prise en compte systématique de l'amélioration de l'habitat lors de l'établissement des plans d'aide de [l'allocation personnalisée d'autonomie], en associant par exemple un ergothérapeute aux équipes médico-sociales du département ».

Différentes interventions sont possibles pour rendre le logement plus adapté : la pose de volets roulants automatisés, la réinstallation de certains éléments du mobilier de sorte à fournir des appuis pour la déambulation, l'adaptation de l'éclairage pour éviter les risques de chutes, l'installation d'aides techniques : barres d'appui, rehausse meuble..., la réalisation de travaux d'adaptation : installation d'une douche à l'italienne, de WC surélevés, de nez de marches antidérapants, de revêtements de sol antidérapants, d'un chemin lumineux… Les travaux les plus fréquents relèvent de l'adaptation des sanitaires, notamment la transformation de la baignoire en douche.

Les pouvoirs publics, conscients de ces difficultés, ont mis en place des aides dont la coordination est en cours d'élaboration et dont le ciblage est insuffisant.

71 % des personnes âgées sont propriétaires de leur domicile, 11 % sont locataires dans le parc privé, 13 % dans le parc social, et 5 % sont hébergées. Des possibilités de financement des aménagements nécessaires aux personnes perdant leur autonomie sont ouvertes pour chaque situation d'occupation. Mais la multiplicité des financeurs et l'absence de bases de données ne permettent d'avoir une vision claire, ni des dépenses effectuées, ni du parc aménagé, et encore moins d'assurer la

[110] Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

pérennité des adaptations réalisées, alors même que des efforts de coordination significatifs ont été mis en place.

Pour compenser l'absence d'obligation légale, plusieurs aides financières ont été créées afin de favoriser l'adaptation du parc de logements anciens.

Les aides de l'Agence nationale de l'habitat (ANAH)

Le principal financeur direct de l'adaptation du logement privé en vue du maintien à domicile des personnes âgées est l'ANAH, établissement public placé sous la tutelle des ministères en charge du logement et de l'habitat durable, du budget et de l'économie. Son budget annuel est de l'ordre de 500 millions d'euros

Ses axes d'intervention sont la lutte contre l'habitat indigne et très dégradé, le traitement des copropriétés en difficulté, la lutte contre la précarité et l'adaptation du logement aux besoins des personnes âgées ou handicapées. L'Agence accorde des aides financières pour travaux sous conditions à des propriétaires occupants, bailleurs et copropriétés en difficulté.

Elle est opérateur de l'État dans la mise en œuvre de plans nationaux mais également partenaire des collectivités territoriales pour des opérations programmées (OPAH) ou des programmes d'intérêt général (PIG) sur tout ou partie de leur territoire. Une OPAH vise à favoriser le développement d'un territoire par la requalification de l'habitat privé ancien. Elle porte sur la réhabilitation de quartiers ou centres urbains anciens, de bourgs ruraux dévitalisés, de copropriétés dégradées, d'adaptation de logements pour les personnes âgées ou handicapées. Le PIG traite des problèmes spécifiques en matière d'amélioration de l'habitat, indépendamment d'actions globales de développement d'un territoire ou de requalification d'un quartier. Il concerne des ensembles d'immeubles ou de logements, en zone urbaine ou rurale, qui présentent des problèmes spécifiques en matière d'amélioration de l'habitat mais qui ne rencontrent pas de dysfonctionnements globaux.

En 2015, 11 884 logements (+ 4,4 % par rapport à 2014) ont fait l'objet d'une adaptation à la perte d'autonomie pour le maintien à domicile, pour un montant global de 36,3 M€ (+ 4,0 %), soit une aide

moyenne par logement de 3 057 € (- 2,5 %)[111]. 1 298 logements (+ 8 %) ont bénéficié de la prime Habiter Mieux, attestant de travaux mixtes, qui associent une adaptation à la perte d'autonomie et une diminution de la précarité énergétique[112].

Les aides sont octroyées aux propriétaires occupants sous condition d'âge (plus de 60 ans), de revenus (propriétaires modestes et très modestes[113]) et de justificatif de perte d'autonomie. Pour les ménages aux ressources modestes, l'aide de l'ANAH est de 35 % du montant total des travaux HT, plafonnée à 7 000 €. Pour les ménages aux ressources très modestes, elle est de 50 % du montant total des travaux HT, plafonnée à 10 000 €. Selon les chiffres clés pour l'exercice 2015, 90 % des aides attribuées aux propriétaires occupants ont bénéficié à des ménages très modestes, et 75 % d'entre eux ont bénéficié d'une prime Habiter Mieux, l'aide moyenne par logement étant alors de 9 742 €.

La répartition territoriale des aides montre un déséquilibre en faveur du monde rural : 55 % des bénéficiaires des aides de l'ANAH y vivent en bassin de vie essentiellement rural alors que la part des plus de 65 ans qui habitent en milieu rural n'est que de 25 %. Ce constat est lié à la présence accrue des propriétaires modestes ou très modestes éligibles aux aides de l'Agence dans ces zones, et qu'une partie des aides sont mobilisées dans le cadre d'actions et de programmes portés par les collectivités locales, dont l'impact en milieu rural est plus visible que dans les départements urbains.

[111] ANAH, chiffres clés 2014 et 2015.

[112] Cette même année, 226 OPAH portant sur 10 926 logements ont été soutenues par l'ANAH pour un montant total de 76,5 M€ (78,4 M€ en 2014), 296 PIG ont permis d'adapter 28 356 logements, pour un montant total de 222,7 M€. Le nombre de logements adaptés au titre du maintien à domicile dans le cadre de ces interventions n'est pas publié.

[113] En 2015, un ménage d'une personne est considéré comme ayant des ressources très modestes en dessous d'un revenu fiscal de référence de 19 803 € en Île-de-France, de 14 308 € ailleurs, comme ayant des ressources modestes au-dessous de 24 107 € en Île-de-France, 18 342 € ailleurs.

Les aides des caisses de retraite

De leur côté, les caisses de retraite, dans le cadre de leur politique d'action sociale tournée vers la prévention de la perte d'autonomie, peuvent être amenées à solvabiliser une partie du coût des travaux et s'efforcent, en inter-régimes (Assurance Retraite, Mutualité Sociale Agricole et Régime des Indépendants), de sensibiliser les personnes retraitées à la nécessité d'adapter leur logement.

En 2014, les aides de la CNAVTS ont permis d'adapter 9 776 logements individuels à la perte d'autonomie, dont 62 % avec des cofinancements de l'ANAH. En outre, 24 540 kits de prévention - aide forfaitaire pour des équipements tels que sièges de WC et de douche, tapis antidérapants, barres d'appui, mains courantes d'escaliers, kit de balisage lumineux - ont été délivrés à des retraités désireux d'équiper leur logement en aides techniques pour prévenir les chutes.

Sur la période 2011-2013, la CNAVTS a ainsi attribué un montant total de 46,9 M€, soit en moyenne 1 710 € par logement ; 20 000 « kits » de prévention ont atteint un montant total de 2,5 M€. La CCMSA y a consacré, quant à elle, 2,27 M€ dont on peut estimer[114] qu'ils ont bénéficié à quelques 1 500 domiciles de personnes âgées. Le montant correspondant pour le RSI n'a pas été expertisé.

Ces aides sont versées sous conditions de revenus.

Les aides des collectivités locales

En parallèle, les départements versent l'APA qui peut financer des adaptations et prendre les travaux d'adaptation des logements pour les personnes les plus dépendantes. De nombreux départements proposent des aides pour l'adaptation du logement des personnes âgées, au cas par cas et en dehors des plans d'aide APA à domicile, dont les modalités de versement ne sont pas adaptées à des projets de travaux. Certains départements ont décidé d'exclure systématiquement l'aménagement du logement des plans d'aide APA et d'y intégrer, en substitution, des offres de service de téléassistance et de domotique, dont les frais de fonctionnement sont souvent proches de 20 € par mois.

[114] La CCMSA comptabilise les nombre de dossiers d'aide par type d'aide mais n'agrège pas au niveau du logement, l'estimation est fondée sur le nombre de bénéficiaires de l'aide « amélioration de l'habitat ».

Les communes, via les centres communaux d'action sociale, peuvent venir en appui des dispositifs existants.

Ces politiques décentralisées, fondées sur l'aide sociale facultative, sont très diversement développées sur les territoires et entraînent inévitablement des inégalités territoriales.

Les appartements proposés par les bailleurs sociaux

Face à l'accélération du vieillissement des locataires et à une demande accrue des collectivités locales, les bailleurs sociaux ont progressivement adapté leur politique patrimoniale en intégrant un volet « accompagnement du vieillissement » dans les plans stratégiques de patrimoine (PSP). Les bailleurs sociaux prennent en charge l'intégralité des aménagements et travaux d'adaptation (maîtrise d'ouvrage, maîtrise d'œuvre, financement). Chaque bailleur social a défini une stratégie qui lui est propre : soit il intervient au cas par cas à la demande du locataire âgé sur justificatifs, soit il propose au locataire âgé un relogement adapté.

Le crédit d'impôt

Enfin, une autre source significative de financement des adaptations de logements réside dans les aides fiscales. Le crédit d'impôt en faveur des personnes à mobilité réduite, mis en place à partir de 2005 et prorogé avec quelques évolutions jusqu'au 31 décembre 2017, permet notamment de couvrir 25 % des dépenses d'acquisition d'équipements spécialisés et 40 % des dépenses de diagnostic préalables aux travaux. Il est cumulable avec d'autres subventions, mais il ne s'applique que sur les dépenses effectivement supportées par le contribuable et donc sur le reste à charge. En 2012, son coût total s'élevait à 36 M€. Par ailleurs, les travaux d'adaptation du logement sont des travaux de rénovation. Ils bénéficient donc à ce titre du taux réduit de TVA applicable aux travaux d'amélioration, de transformation, d'aménagement et d'entretien sur des logements achevés depuis plus de deux ans. La dépense fiscale est estimée à 23 M€ annuels.

L'octroi d'avantages fiscaux contrebalance l'effet redistributif des aides directes. Selon les calculs opérés par la Cour des comptes, les montants annuels des dépenses fiscales engagées sont supérieurs aux montants des financements directs.

Des efforts de coordination

En 2010, l'ANAH a passé une convention avec la CNAVTS dans le cadre de son programme « Habiter mieux » consacré à la lutte contre la précarité énergétique. Ce partenariat a été étendu à la prévention de la perte d'autonomie. La liste des travaux éligibles à une aide a été harmonisée. Un travail de concertation actuellement en cours entre la CNAVTS et l'ANAH[115] vise à coordonner leurs financements, établir des modalités communes de diagnostic et de constitution de dossiers, et uniformiser les conventionnements avec les opérateurs habitat[116].

Dans ce partenariat, les caisses de retraite régionales sont associées au repérage des ménages susceptibles de bénéficier de telles aides et contribuent à une meilleure solvabilisation des propriétaires occupants retraités affiliés au régime général. Cependant, entre 2011 et 2013, la montée en charge a été lente : sur un objectif initial de 50 000 dossiers, seulement 17 500 personnes ont été signalées à l'Agence par les caisses de retraite.

Le partenariat établi entre l'ANAH et les collectivités territoriales pour des opérations programmées d'amélioration de l'habitat (OPAH) est également porteur d'une bonne coordination des actions.

Une connaissance des dispositifs et un pilotage du système à renforcer

Les points d'information sur les aides existantes sont nombreux, portés par les financeurs principaux que sont les dispositifs d'information orientés sur l'habitat[117], les organismes de retraite ou les collectivités locales. Dans le cadre des opérations programmées d'amélioration de l'habitat, les opérateurs habitat en charge du suivi-animation tiennent par ailleurs des permanences d'information (lieu dédié à l'accueil et aux conseils gratuits dédiés aux aides à l'amélioration de l'habitat). Enfin,

[115] Rapport de l'ANAH et de la CNAVTS sur l'adaptation des logements pour l'autonomie des personnes âgées, décembre 2013.
[116] Réseaux PACT et Habitat & Développement.
[117] L'ANAH a structuré ses points d'accès sur le territoire aides à travers un contact unique : directions départementales des territoires (DDT), agences départementales pour l'information pour le logement (Adil), etc. Ces dernières, implantées dans 80 départements, jouent un rôle d'information et d'orientation des particuliers sur l'ensemble des aides liées aux politiques de l'habitat, qu'elles soient nationales ou locales.

certaines collectivités ont mis en place des « guichets uniques » de l'habitat : Maisons de l'habitat, Centre de l'Habitat comme à Nantes, qui fonctionne comme un point d'entrée unique pour l'accompagnement des ménages qui ont notamment des projets de travaux pour le maintien à domicile, en associant tous les partenaires. Les dispositifs d'information dédiés aux politiques en faveur des personnes âgées, comme les CLIC peuvent également promouvoir l'information.

Dans la pratique, les réticences à demander des aides sont fortes : elles relèvent de l'absence d'anticipation de la situation de dépendance, par déni du vieillissement chez les personnes retraitées et crainte de dévaloriser son bien, lors de sa revente ou de sa réattribution, par l'image de dépendance liée aux équipements techniques ; elles proviennent également d'une méconnaissance des coûts afférents et des restes à charges possibles ; enfin, elles peuvent résulter de difficulté à mobiliser la trésorerie correspondant aux aides.

Pour remédier à ces différents obstacles, un guide de sensibilisation et de prévention destiné au grand public a été diffusé par l'ANAH début 2015. Élaboré avec l'aide d'ergothérapeutes, il présente les différentes adaptations possibles, aides existantes et donne surtout les informations sur les coûts de travaux et les contacts avec les organismes dédiés. Un référentiel des opérations programmées a été également produit par l'ANAH en juin 2015, qui, d'une part, présente le « socle des attentes » dans la conduite des opérations programmées engagées par les collectivités locales, et d'autre part, structure les outils méthodologiques existants et à venir créés par l'Agence, afin d'accompagner les acteurs locaux. La mise en place d'actions de communication amplifiées et d'une plateforme unique nationale d'information devrait par ailleurs permettre de sensibiliser plus facilement les publics.

Par ailleurs, pour aider les ménages modestes à financer les travaux, le Conseil d'administration de l'ANAH a élargi le régime des avances par décision du 19 mars 2014, en prévoyant la possibilité d'octroyer une avance sur subvention pour les propriétaires occupants réalisant des travaux liés à la perte d'autonomie. Toutefois, cette faculté a été peu utilisée depuis. En revanche le recours au mécanisme d'avance sur subvention qui a fortement progressé en matière de travaux de rénovation énergétique, a amené le Conseil d'administration du 3 décembre 2014 à le réserver, à compter du 1er janvier 2015, aux propriétaires occupants dits « très modestes ».

Dans l'adaptation du logement, la complexité des dispositifs d'aide et de mise en œuvre est un obstacle important à la demande. Si un accompagnement est prévu pour les aides dispensées par l'ANAH et les services d'action sociale de la CNAVTS, mais également parfois lorsque des aides techniques sont intégrées au plan d'aide lié à l'APA, les particuliers qui ne peuvent prétendre qu'aux crédits d'impôts apparaissent relativement démunis. Le développement d'entreprises labellisées donnerait une meilleure assurance de pertinence des installations et de qualité des réalisations aux personnes âgées[118].

Enfin, l'implication différenciée dans le financement des équipements des caisses de retraite, d'une part, des départements au titre de l'APA, d'autre part, renforce la césure existante entre les niveaux de dépendance encore faibles (GIR 5 et 6 du ressort des organismes de retraite) et les stades de dépendance plus avancée (GIR 1 à 4 liés au bénéfice de l'APA). Si l'aménagement du logement s'inscrit effectivement dans des actions de prévention[119], il conviendrait de mieux solvabiliser les personnes déjà relativement dépendantes aux ressources modestes, notamment dans les cas de grand isolement social.

Des dépenses mal cernées

Il n'existe pas de données consolidées sur les aides extra-légales accordées par les collectivités territoriales en faveur de l'adaptation du logement pour les personnes âgées dépendantes. Tous les centres communaux d'action sociale (CCAS) ne sont pas en mesure d'identifier précisément les dépenses effectuées à ce titre.

Il n'est pas non plus possible de mesurer les dépenses opérées sur les fonds propres des bailleurs, ni le montant des dépenses fiscales dont ils bénéficient pour réaliser des travaux d'aménagement ou construire des logements adaptés. Selon l'Union sociale de l'habitat (USH), les bailleurs sociaux ont mobilisé, en 2012, 65 M€ au titre du dégrèvement de la taxe foncière sur les propriétés bâties (TFPB), pour réaliser des travaux

[118] Les démarches qualité engagées par les deux fédérations du bâtiment (FFB avec le label « Les Pro de l'accessibilité » et « Handibat » pour la Capeb) privilégient la professionnalisation des différents corps d'état et la sécurisation de la personne âgée. Toutefois, ces deux labels sont tournés vers des travaux relatifs aux handicaps et préconisés par l'entreprise elle-même.

[119] Les caisses de retrait s'attachent notamment à détecter des situations de risque au domicile des personnes âgées, en développant notamment, en lien avec l'Assurance Maladie, des observatoires régionaux des risques de fragilité.

d'adaptation, ce montant mêlant ceux qui sont destinés aux personnes âgées et aux personnes souffrant d'un handicap.

Au total, le coût public global en faveur de l'adaptation du domicile privé peut être estimé à près de 96 M€/an en moyenne, ou à 99 M€/an avec les coûts d'ingénierie, mais cette estimation est extrêmement grossière.

L'absence de suivi des adaptations réalisées

Il n'existe pas actuellement d'outil national de recensement des logements sociaux ayant fait l'objet d'une adaptation aux besoins liés au vieillissement. Le répertoire du parc locatif social (RPLS) fait état du type du logement et de sa qualification, mais n'intègre pas des critères d'accessibilité, alors même qu'ils sont définis juridiquement, contrairement aux critères d'adaptation au vieillissement.

La plupart des organismes ont néanmoins qualifié leur patrimoine en fonction de grilles de lecture, parfois préalablement définies en partenariat avec les collectivités locales. Cela leur permet d'identifier dans leurs systèmes de gestion les logements « accessibles » au sens de la loi de 2005, « accessibles » pour les personnes âgées, « accessibles moyennant travaux », adaptables, voire adaptés. Si cette caractérisation leur permet de mieux adapter leur offre aux demandes de logements, elle ne permet pas, compte tenu de son hétérogénéité, de faire un état des lieux général.

Les aides individuelles aux propriétaires ne sont pas assorties de conditions de maintien des adaptations réalisées en cas de cession du logement. Dans le parc privé, il est donc difficile d'assurer la pérennité des aménagements.

Par ailleurs, l'habitat collectif freine la réalisation de travaux d'adaptation dans le logement par le refus d'aide lorsque l'accessibilité de l'immeuble n'est pas adaptée (absence d'ascenseur, de rampe d'accès à l'immeuble, etc.).

La caractérisation imprécise des besoins

Selon des chiffres déjà anciens[120], la France apparaît en retard en matière de logements adaptés par rapport à certains de ses voisins comme les Pays-Bas ou le Danemark. Ceux-ci enregistraient respectivement des taux de logement adapté aux plus de 65 ans de 16 % et 12 % de leur parc national alors que cette part n'était que de 6 % du parc français. Dans un rapport plus récent, le centre d'analyse stratégique concluait à l'insuffisance du parc de logements adaptés (6 % du parc), malgré un fort consensus national pour développer le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes[121].

Les outils de programmation, en particulier les programmes locaux de l'habitat (PLH), ne comportent pas systématiquement un volet sur l'adaptation à la perte de l'autonomie et moins encore de stratégies et d'objectifs précis en la matière.

Depuis la loi ASV (article 18,19, 21 et 22) et son rapport annexé, le PLH indique les moyens à mettre en œuvre pour satisfaire les besoins en logements et en places d'hébergement, dans le respect du droit au logement et de la mixité sociale et en assurant une répartition équilibrée et diversifiée de l'offre de logements. Les réponses apportées aux besoins particuliers des personnes en situation de perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap seront précisées, notamment le développement d'une offre nouvelle et l'adaptation des logements existants. En outre, les SCoT[122] devront désormais prendre en compte le vieillissement dans les perspectives démographiques.

À partir d'une étude de la DREES qui classe les personnes concernées par une mobilité réduite selon quatre profils (autonomes ou relativement autonomes, modérément autonomes, dépendants et fortement dépendants), l'ANAH a établi, pour le centre d'analyse stratégique et son rapport de 2011, une extrapolation des besoins en travaux. Près de 2 millions de logements de ménages de 60 ans et plus nécessiteraient une adaptation, dont 830 000 logements occupés par leurs propriétaires et 240 000 par des locataires. Le montant total des travaux engendrés par l'adaptation de ces logements pour tous types de ménages (propriétaires occupants éligibles aux aides, propriétaires occupants non

[120] Enquête SHARE menée auprès de quinze pays européens en 2006 et 2007.
[121] Centre d'Analyse Stratégique, Note d'analyse n° 245, octobre 2011.
[122] Schéma de cohérence territoriale en application de la loi « Solidarité et Renouvellement Urbains » (SRU) du 13 décembre 2000

éligibles, locataires du parc privé et autres) était estimé à près de 24 Md€ HT, dont plus de 10 Md€ pour les seuls propriétaires occupants éligibles aux aides de l'ANAH. Ces données mériteraient d'être actualisées en intégrant les résultats de l'enquête qualitative auprès de bénéficiaires de subventions menée par l'ANAH en 2015 pour mieux connaître les types de travaux et leur coût en fonction du profil de ménages ainsi que les conditions d'accompagnement des bénéficiaires.

Réponses des administrations, des collectivités et des organismes concernés

Sommaire

Réponse du secrétaire d'État chargé du budget 151
Réponse commune de la ministre des affaires sociales et de la santé et du secrétaire d'État chargé des personnes âgées et de l'autonomie 152
Réponse de la ministre du logement et de l'habitat durable 160
Réponse de la directrice générale de l'Agence nationale de l'habitat (ANAH) 160
Réponse du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) 163
Réponse du directeur général de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS)..... 164
Réponse de la directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)..... 170
Réponse du directeur général de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)..... 178
Réponse du président du conseil départemental de l'Ain 178
Réponse du président du conseil départemental des Alpes-Maritimes ... 178
Réponse du président du conseil départemental de la Dordogne..... 180
Réponse de la présidente du conseil départemental du Doubs..... 183
Réponse du président du conseil départemental de l'Essonne..... 184
Réponse du président du conseil départemental de la Haute-Loire 184
Réponse du président du conseil départemental du Loir-et-Cher 185
Réponse du président du conseil départemental du Lot..... 186
Réponse du président du conseil départemental de l'Orne 186
Réponse du président du conseil départemental du Pas-de-Calais 189
Réponse du président du conseil départemental du Var 190
Réponse du président du conseil départemental de Vaucluse..... 191
Réponse du président du centre communal d'action sociale de Clermont-Ferrand..... 193
Réponse du président du centre communal d'action sociale de Dijon.... 193
Réponse du président du centre communal d'action sociale de Montbéliard 194

Réponse du président du centre communal d'action sociale de Valence 195
Réponse de la directrice du centre hospitalier d'Excideuil 198
Réponse du président de l'Association Saint-Jean à Péronne 198

Destinataires n'ayant pas répondu

Président du centre communal d'action sociale de Dunkerque
Président du centre communal d'action sociale du Havre
Président du centre communal d'action sociale de Tourcoing

RÉPONSE DU SECRÉTAIRE D'ÉTAT CHARGÉ DU BUDGET

Je partage l'essentiel des constats et des recommandations de la Cour qui visent à améliorer l'organisation de cette politique publique et à optimiser les dépenses publiques qui lui sont dédiées.

En premier lieu, je salue l'analyse de la Cour sur la nécessité d'accompagner le phénomène du vieillissement de la population en préservant ses équilibres actuels. Dans ce cadre, il convient notamment de ne pas encourager en toutes circonstances le maintien à domicile, notamment lorsque cette solution s'avère inadaptée ou plus coûteuse qu'une prise en charge en établissement.

En second lieu, je partage également les recommandations de la Cour sur le nécessaire décloisonnement des secteurs sanitaire, médico-social et social et sur le besoin de coordination des différents intervenants dans la prise en charge des personnes âgées. Une plus forte intégration de ces acteurs sera en effet de nature à permettre une amélioration des prises en charge des personnes âgées dépendantes dans un contexte contraint pour les finances publiques, ainsi qu'une rationalisation des outils et des dispositifs existants.

En troisième lieu, la Cour attire à juste titre notre attention sur le secteur de l'aide à domicile, dont la « refondation » passe certainement par une modification de ses modalités de tarification qui ne reposent pas, aujourd'hui, sur des bases suffisamment objectivées. Les fragilités inhérentes à ce secteur ne peuvent par ailleurs que conduire à préconiser une accélération des efforts de restructuration, en particulier le rapprochement (voire la fusion) de services. Ils permettront de réduire efficacement les frais de structures, d'optimiser le temps de travail et de mettre en place des outils modernes de gestion.

En dernier lieu, je souscris aux recommandations de la Cour concernant un meilleur ciblage des différentes aides publiques, en veillant en particulier à ce qu'elles soient attribuées de manière plus redistributive.

RÉPONSE COMMUNE DE LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ ET DU SECRÉTAIRE D'ÉTAT CHARGÉ DES PERSONNES ÂGÉES ET DE L'AUTONOMIE

Ce rapport offre un panorama d'ensemble des politiques du vieillissement dans toutes leurs dimensions.

Toutefois, nombre de recommandations formulées dans le rapport ont déjà trouvé des réponses dans les évolutions législatives apportées par les lois du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) et du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé (MSS) qui auraient pu être plus largement citées s'agissant en particulier de la démarche d'amélioration des parcours des personnes âgées ou de la coordination des dispositifs sanitaire et médico-social.

Tout d'abord, nous souhaitons souligner, en réponse à la 1ère recommandation de la Cour, que la loi ASV va permettre de procéder à une analyse précise et harmonisée des besoins des personnes âgées dépendantes et de leurs aidants, ce qui permettra d'enrichir la connaissance de leurs besoins. En effet, l'article 41 de la loi précitée prévoit l'évaluation des besoins individuels de chaque personne âgée et de ses proches aidants, par l'équipe médico-sociale, au moyen de l'outil d'évaluation multidimensionnel, qui est en cours d'élaboration par la CNSA et qui sera disponible à la fin de l'année 2016.

En outre, s'agissant des données statistiques, la loi ASV a prévu la transmission à l'État de données sur les décisions d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie et sur les bénéficiaires de cette allocation, dans le prolongement des remontées statistiques auxquelles procède déjà la DREES. Les décrets d'application correspondants sont en cours d'élaboration.

S'agissant de la prévention des hospitalisations évitables ou des dispositifs facilitant la sortie des établissements hospitaliers, *nos services ont développé plusieurs axes d'amélioration de la prévention au travers de dispositifs alliant une meilleure connaissance des parcours et des publics et une gouvernance locale des actions de prévention.*

En premier lieu, un projet de développement de l'outil informatique RESID-ESMS, permettra à l'instar de RESID-EHPAD, d'étendre dès l'année 2017, à l'ensemble des ESMS accueillant des personnes âgées financés par l'assurance maladie, l'accès à un outil offrant une meilleure connaissance de leur parcours de santé à partir de leur domicile. Ainsi, cet outil sera prioritairement étendu aux services de soins infirmiers à domicile, avant de l'être progressivement à l'ensemble des établissements et services médico-sociaux d'ici 2019.

En second lieu, pour permettre le repérage des personnes fragiles ou en risque de perte d'autonomie et pour proposer un meilleur accès à leurs droits et à des offres d'actions de prévention ciblées et adaptées, l'article 6 de la loi ASV ouvre la possibilité aux organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale d'échanger entre eux des informations non médicales. Le décret d'application de cette disposition donne lieu actuellement à des travaux associant les organismes de sécurité sociale.

Pour faciliter le repérage des signes de perte d'autonomie, à domicile ou en EHPAD, et tenter de prévenir les hospitalisations évitables, l'Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM) a développé à destination des professionnels, des fiches de recommandations permettant le repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation, pour les personnes âgées.

Un autre axe de travail piloté conjointement par la DGOS et la DGCS porte sur l'amélioration de la coordination des parcours de santé et la prévention des hospitalisations à partir du domicile, consistant à faciliter et améliorer le passage de relais entre les prises en charge, par un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) et un établissement d'hospitalisation à domicile (HAD).

Enfin, les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) pour lesquels l'article 49 de la loi ASV prévoit une expérimentation d'organisation intégrée, ont vocation à jouer un rôle pivot en matière de coordination et de prévention de la perte d'autonomie, notamment grâce aux partenariats qu'ils passent avec les hôpitaux, les caisses de retraites et les autres ESMS en vue de faciliter et d'anticiper les sorties d'hospitalisation et de préparer un retour à domicile dans les meilleures conditions. Plusieurs mesures visent à encourager la création de SPASAD, notamment dans le cadre du nouveau concours financier apporté aux départements au titre de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (102M€ en 2016, 180M€ prévus en 2017), mais également par un appui au financement de l'ingénierie de la constitution de ces services (11,5M€ délégués aux ARS à ce titre).

***S'agissant des limites relevées par la Cour au sujet des différents types de coordinations institutionnelles**, vous regrettez que les équipes médico-sociales APA, même pluridisciplinaires, ne prévoient pas dans les plans d'aide des prestations nécessitant une prescription médicale. Nous précisons que si telle n'était pas leur vocation initiale, les articles L. 232-6 et R. 232-7 du CASF dans leur rédaction issue de la loi ASV et*

du décret n° 2016-210 du 26 février 2016 relatif à la revalorisation et à l'amélioration de l'APA, prévoient l'identification par l'équipe médico-sociale, de toutes les aides utiles au bénéficiaire, dont les soins, au vu de son évaluation. Bien qu'il ne s'agisse que de préconisations, cette démarche a vocation à s'inscrire dans le cadre des démarches et outils de coordination prévus par la loi MSS du 26 janvier 2016, le médecin traitant restant le pivot du parcours des soins de la personne âgée.

Vous estimez que l'orientation entre les modes de prise en charge dépend surtout du point d'entrée de la personne âgée et que la coordination des dispositifs entre eux n'est pas suffisamment assurée. C'est justement la raison pour laquelle la loi de modernisation de notre système de santé a entendu remédier à ces difficultés.

En effet, les ***dispositifs de coordination*** *prévus par cette loi ont pour objectif commun et majeur de mieux organiser les parcours des personnes âgées notamment pour les situations complexes.*

Ainsi, les plateformes territoriales d'appui (PTA) prévues dans la LMSS, dont les coordinations territoriales d'appui (CTA) des projets-pilotes PAERPA peuvent être considérées comme préfiguratrices, permettront de mettre en cohérence les dispositifs (réseaux, CLIC, MAIA…) présents sur les territoires, en proposant un guichet unique d'appui aux professionnels, lisible et intégré également pour les personnes âgées. Les PTA viendront simplifier le paysage de la coordination, en s'appuyant par exemple sur le guichet intégré mis en place par les MAIA. L'impact de la création des PTA, à partir des dispositifs existants, ne doit cependant pas être pris isolément. Ces nouveaux dispositifs sont en effet parties prenantes d'une refonte plus importante de l'organisation du système de santé opérée par la loi précitée. Ainsi, la loi prévoit désormais l'élaboration d'un schéma régional unique pour les soins et les accompagnements médico-sociaux qui interviendra au plus tard fin 2017 ; les PTA viendront à l'appui des équipes de soins de premier recours ou encore pourront être les relais, en sortie d'hospitalisation, des groupements hospitaliers de territoire. Le rapport de la Cour gagnerait donc à aborder ces différents enjeux porteurs d'une réforme d'ampleur à même de favoriser des politiques prenant mieux en compte les besoins des personnes âgées selon la spécificité des territoires.

En complément, il faut également signaler les travaux en cours, menés sous l'égide du secrétariat général des ministères sociaux qui ont pour objectif, dans le cadre d'un comité opérationnel des parcours, en réunissant à échéance mensuelle les représentants des différentes directions du ministère (DGOS, DSS, DGCS, DGS), des ARS et des

opérateurs compétents (ANAP, ANESM…) de veiller à la mise en œuvre opérationnelle de la logique « parcours » sous-tendue par les dispositions des deux lois ASV et santé. La logique retenue pour la mise en place des nouveaux outils, s'appuie en priorité sur l'existant et les initiatives des acteurs du système de santé relevant des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, laissant ainsi une large place aux professionnels du terrain, l'ARS veillant cependant à cette mise en œuvre, intervenant là où l'initiative ferait défaut.

La Cour relève la multiplicité des instances de concertation locale avec un risque de réunir les mêmes acteurs sur les mêmes thématiques*. Nous soulignons que les lois MSS et ASV ont renouvelé les instances de gouvernance locale en prenant en compte l'enjeu de leur nécessaire articulation et de leur cohérence, fondé sur une volonté forte de favoriser la logique de parcours des publics.*

Ainsi, la loi ASV ayant conforté le département comme chef de file de la politique gérontologique (art L. 113-2 CASF), il incombe à ce dernier de veiller à la couverture territoriale et à la cohérence des actions respectives des organismes et des professionnels qui assurent des missions d'information, d'orientation, d'évaluation et de coordination des interventions destinées aux personnes âgées. La loi ASV (article 76) formalise la possibilité pour les départements de signer des conventions avec l'agence régionale de santé (ARS), les organismes de sécurité sociale ou tout autre intervenant en faveur des personnes âgées pour assurer la coordination de l'action gérontologique. Les ARS travaillent d'ores et déjà en lien très étroit avec les départements à ce sujet.

La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie créée par l'article 3 de la loi ASV, présidée par le président du Conseil départemental et vice-présidée par le DG de l'ARS ou son représentant, a pour mission d'établir un programme coordonné des actions collectives et individuelles de prévention de la perte d'autonomie sur la base d'un diagnostic partagé des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus.

Quant au conseil territorial de santé mis en place par la loi du 26 janvier 2016, c'est un lieu de co-construction constitué par l'ARS sur les questions de santé. Cet outil de la territorialisation de la politique régionale de l'ARS sera mis en place sur chacun des territoires de démocratie sanitaire qui auront pour la plupart le périmètre du département.

Des liens forts entre ces instances, compte tenu de la nature de leurs missions, leur périmètre et leur composition sont établis, en particulier s'agissant des travaux de diagnostic partagé auquel le conseil territorial de santé contribuera. Il appartiendra au DGARS et au président du Conseil

départemental d'articuler les travaux du conseil territorial (CTS) et du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) particulièrement sur les territoires d'intervention identiques.

La Cour enfin, pointe à juste titre le manque d'attractivité des métiers de l'accompagnement des personnes âgées en relevant l'émiettement des qualifications de niveau V en matière d'accompagnement des personnes dépendantes.

Nos services ont réalisé sur ce point un travail de fusion de deux diplômes de travail social de niveau V à savoir le diplôme d'État d'aide médico-psychologique (DE AMP) et le DE d'auxiliaire de vie sociale (DE AVS). Le diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social (DE AES) a été créé par décret en date du 29 janvier 2016 et son organisation précisée par arrêté du même jour. Ce nouveau diplôme, qui comporte des spécialités, est enregistré au registre national des certifications professionnelles permettant son accès au titre de la validation des acquis de l'expérience.

Ce diplôme offre ainsi la possibilité d'obtenir, par la voie de la formation continue, les autres spécialités, sans avoir à repasser des épreuves complémentaires de certification du socle commun. Il permet ainsi d'ouvrir des passerelles entre les différentes spécialisations des métiers de l'accompagnement et offre ainsi des perspectives d'emplois diversifiés de nature à renforcer l'attractivité de ces métiers.

En outre, pour développer les emplois et les compétences des professionnels accompagnant les personnes âgées et les personnes handicapées, à la suite de la signature de l'accord cadre national pour l'engagement de développement de l'emploi et des compétences (EDEC), des actions ont pu être mises en œuvre pour les métiers de l'autonomie du secteur social et médico-social de statut privé. Dans ce cadre, l'État s'est engagé à participer aux cofinancements à une hauteur maximale de 1,8M€ sur 3 ans, ce qui représente un appui de l'ordre de 32%, pour un coût total des actions financées de 5,5M€ (soit un apport de 3,6M€ des OPCA).

S'agissant des services à domicile, *la Cour mentionne leurs difficultés financières, sans faire référence aux apports de la loi ASV pour y remédier.*

Nous souhaitons tout d'abord rappeler que la réforme de l'APA permet une prise en charge financière plus importante des besoins d'aide des personnes accompagnées, ce qui est de nature à favoriser l'activité des SAAD (cf. développements sur votre recommandation n°11). Elle incite par ailleurs à une amélioration de la relation de moyen terme entre

les SAAD et les conseils départementaux via la conclusion de CPOM. Cette évolution que le Gouvernement a appelée de ses vœux, sera structurante dans un secteur encore morcelé et en recherche de stabilité.

La loi met fin au double régime d'agrément par l'État et d'autorisation par le département, au profit de la seule autorisation. Les SAAD ex-agréés, intervenant auprès des personnes âgées et des personnes handicapées, sont réputés autorisés par l'effet direct de la loi et relèvent ainsi de la seule compétence du département à même de piloter leur évolution au regard des besoins du territoire. Un cahier des charges national des SAAD applicable à tous les services intervenant auprès des publics vulnérables (personnes âgées, personnes handicapées et familles fragiles) permet d'harmoniser et d'unifier les pratiques (décret n° 2016-502 du 22 avril 2016).

Ensuite, s'agissant de la modification du régime de tarification des services, la Cour ne tient pas compte de la possibilité d'une tarification par forfait global des services, dans le cadre de la signature d'un Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), introduite par l'article 41 de la loi ASV (art. L 232-4 du CASF), conformément aux recommandations du rapport de l'inspection générale des affaires sociales portant sur l'évaluation des expérimentations relatives à la tarification des SAAD réalisées dans le cadre de l'article 150 de loi de finances pour 2012.

En outre, il faut rappeler que les expérimentations prévues à l'article 49 de la loi ASV sur les SPASAD prévoient un niveau d'intégration entre aide et soins à domicile visant à rendre opérationnelle la logique de parcours. Des actions de prévention peuvent être financées dans le cadre de la conférence des financeurs à l'appui du nouveau concours financier aux départements (102M€ cette année et 180M€ en 2017 et les années suivantes). Sur les 12 ARS ayant actuellement transmis des informations au niveau national, 334 intentions de candidatures à l'expérimentation de SPASAD intégrés sont recensées, témoignant ainsi d'une dynamique positive en la matière.

Nous souhaitons que l'expérimentation des SPASAD intégrés soit évaluée avant d'avoir recours à d'autres formes de regroupements, qui plus est avec hébergement.

Enfin, nous avons effectivement demandé à nos services, ainsi que le préconise la Cour dans sa recommandation n° 5, de poursuivre les travaux sur la réforme tarifaire des services de soins infirmiers à domicile de façon à pouvoir mieux valoriser les prises en charge des patients requérant des soins lourds, particulièrement en sortie d'hospitalisation. Nous pouvons d'ores et déjà indiquer qu'afin de relancer le processus de réforme de la

tarification, une expertise de l'équation tarifaire résultant de l'étude menée par URC ECO Île de France en 2012 a été réalisée par l'ATIH, qui a conclu à sa validité. Il est désormais nécessaire de relancer une enquête de coûts sur un échantillon de services représentatifs de l'ensemble des SSIAD pour finaliser la réforme.

La Cour préconise dans sa ***recommandation n°8*** *d'élargir le champ de compétence de la conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées à la programmation de l'offre sociale et médico-sociale. Cette recommandation doit cependant être examinée à la lumière de la compétence actuellement également confiée aux ARS en la matière. Il serait nécessaire d'aménager le pilotage de la conférence, actuellement présidée par le président du Conseil départemental, pour envisager une telle réforme. En tout état de cause, il nous paraît nécessaire de laisser ce dispositif de coordination institutionnelle tout juste entré en vigueur se déployer dans l'ensemble des départements, puis d'évaluer sa mise en œuvre préalablement à une éventuelle décision d'élargissement de son périmètre. Nous avons par ailleurs déjà mentionné plus haut, les dispositions de la loi ASV qui permettent de répondre d'ores et déjà au besoin de coordination en matière de programmation de l'offre sociale et médico-sociale.*

S'agissant de la ***recommandation n° 12****, nous tenons à indiquer que la réforme de l'APA à domicile, mise en œuvre dans le cadre de la loi ASV et du décret du 26 février 2016 relatif à l'APA, revêt une dimension fortement redistributive.*

Elle renforce en particulier l'accessibilité financière de l'aide pour les plus modestes et les classes moyennes, en modulant la participation des bénéficiaires disposant de revenus moyens en fonction de leurs ressources et du montant de leur plan d'aide. S'agissant de la partie du plan d'aide comprise entre 350 € et 550 €, il est prévu un abattement dégressif de 60% au maximum pour les revenus immédiatement supérieurs à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) soit 800 €, jusqu'à 0% pour un revenu égal à 2 945 €. Cet abattement est porté à 80% s'agissant de la partie du plan d'aide supérieure à 550 €.

Par ailleurs, la revalorisation des plafonds nationaux des plans d'aide permet, pour les personnes dont les plans d'aide sont saturés, d'éviter le non recours aux aides nécessaires ou des restes à charge d'autant plus pénalisant que les personnes ont des revenus modestes.

La réforme clarifie enfin la base ressources de l'APA pour une prise en compte plus homogène et équitable des revenus du patrimoine. Cette réforme est compensée par l'affectation d'une ressource dynamique, la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie

(CASA), qui garantit un financement durable et évolutif. Il conviendra d'évaluer les effets de cette réforme, notamment son impact sur les bénéficiaires modestes, avant de s'interroger le cas échéant, en fonction des résultats de cette évaluation, sur la nécessité de modifier le dispositif pour en renforcer l'efficience et le rendre encore plus redistributif.

Cette évaluation pourra s'inscrire dans le cadre du dispositif sur l'évaluation de la mise en œuvre de la loi, établi à l'issue d'une analyse conjointe de l'État et des départements et proposant, le cas échéant, des évolutions de la loi et de ses mesures d'application.

Sur le ciblage des aides et des financements, la Cour présente certains efforts menés par les pouvoirs publics en matière d'adaptation des logements. Elle ne développe cependant pas les avancées de la loi ASV prévues dans son rapport annexé, ni les dispositifs portés par nos services (DGCS) ou leurs partenaires, visant à développer l'adaptation des logements à la perte d'autonomie.

Nous partageons le constat de l'imparfaite coordination des aides existantes en matière d'adaptation des logements à la perte d'autonomie, liée à l'âge ou au handicap, ainsi que la multiplicité des financeurs en la matière. Nous soulignons cependant les actions mises en œuvre par les pouvoirs publics pour pallier ces difficultés, notamment la compétence confiée en la matière à la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, dont le délégué territorial de l'Agence nationale de l'habitat (Anah) et les régimes de base d'assurance vieillesse sont membres.

S'il est vrai que l'on manque de base de données permettant d'avoir une vision claire de ces financements, nous précisons que la mise en place d'une telle base de données suppose une compatibilité entre les systèmes d'informations des différents financeurs. Le développement de référentiels de logements adaptés et d'échanges de données sur ce sujet est un des axes d'actions étudiés par nos services dans le cadre des partenariats qu'ils peuvent développer avec les acteurs concernés.

Sur la difficulté à pérenniser des aménagements de logements dans le parc privé, nous précisons que l'article 16 de la loi ASV permet désormais aux locataires d'assumer les frais de travaux d'adaptation du logement à la perte d'autonomie, en l'absence de réponse du bailleur dans un délai de quatre mois. Au départ du locataire, le bailleur ne peut pas exiger la remise des lieux en l'état, ce qui permet de soutenir ainsi le maintien des adaptations réalisées. Il est rappelé en outre que le rapport annexé à la loi ASV prévoit un programme d'adaptation de 80 000 logements d'ici fin 2017 ; cet objectif est d'ores et déjà atteint.

RÉPONSE DE LA MINISTRE DU LOGEMENT ET DE L'HABITAT DURABLE

Après avoir pris connaissance avec grand intérêt de cette communication, je vous précise que ce rapport n'appelle pas d'observations de ma part.

RÉPONSE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'AGENCE NATIONALE DE L'HABITAT (ANAH)

Les travaux menés sous l'égide de la préparation puis de l'adoption de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) ont montré que la qualité du logement et de l'environnement immédiat apparaît comme l'une des conditions essentielles du bien vieillir. L'adaptation des logements est ainsi un instrument de prévention et de maintien de l'autonomie des personnes âgées. Un plan national d'adaptation des logements privés aux contraintes de l'âge ou du handicap a donc été défini, afin de permettre à tous ceux qui le veulent de pouvoir vieillir à leur domicile, comme le souhaitent une majorité de Français. Ce plan national a pour objectif de prévenir les coûts de la dépendance en privilégiant une politique de maintien à domicile partagée par tous les acteurs de la prévention et d'accompagner les ménages les plus fragiles dans le projet d'adaptation de leur logement (soit 80 000 logements concernés d'ici 2017)

L'Anah joue un rôle moteur dans le cadre de ce plan. En effet, des aides de l'Anah peuvent être accordées, sous conditions de ressources et en complément de celles apportées par les caisses de retraites ou par certaines collectivités locales, aux personnes ayant justifié de leur handicap ou de leur perte d'autonomie et produit un diagnostic permettant de vérifier l'adéquation du projet à leurs besoins. Cette action constitue une priorité du Contrat d'Objectifs et de Performance 2015-2017 de l'Agence, avec un objectif annuel porté à 15.000 logements adaptés par an. Ces aides aux travaux sont systématiquement couplées à un accompagnement des personnes par un opérateur agréé, qui les conseille sur les travaux les mieux adaptés à leur état de santé et à leur logement. L'intervention de l'Agence permet la prise en compte de la dimension sociale et de la prévention dans les politiques locales de l'habitat pilotées par les collectivités. Depuis 2012, et en intégrant les prévisions de réalisation 2016 et 2017, l'Anah devrait permettre l'adaptation de 75 000 logements d'ici à fin 2017.

L'Agence a développé des partenariats opérationnels avec la CNAV et les organismes de l'Inter-régime (CNAV, MSA, RSI) pour renforcer le repérage des personnes fragiles ou précaires, améliorer le maillage des politiques locales dédiées à l'adaptation des logements, mieux organiser les co-financements en direction des ménages modestes, et simplifier les démarches des usagers.

Comme l'indique la Cour des Comptes, le développement d'une politique intégrée de maintien à domicile appelle un renforcement de l'organisation locale et de la coordination des institutions et collectivités publiques respectivement en charge des politiques de l'habitat et des politiques sociales. C'est dans cet objectif que l'Anah et ses partenaires mettent en œuvre les axes du plan national d'adaptation des logements à la perte d'autonomie, en cherchant à :

- *mieux connaître les besoins des ménages aidés.*

  Une étude a été menée en 2013 auprès d'un petit nombre de personnes âgées pour concevoir un contenu d'information de service public fiable et mieux faire connaître les leviers de décisions. Une enquête a également été réalisée en 2015 auprès de 1053 propriétaires occupants ayant effectué des travaux d'adaptation pour affiner le profil des personnes aidées et mesurer l'impact des travaux. Les résultats de l'enquête montrent que l'âge moyen des ménages concernés est de 73 ans ; 63 % sont des femmes ; 65 % recourent à une aide technique (canne, fauteuil...) ; 46 % font appel à une aide humaine pour la vie quotidienne (aide à domicile...). Le montant moyen des aides Anah s'élève à 3550€ HT par logement adapté ; les travaux les plus courants concernent l'adaptation de la salle de bain, des WC, et des accès et cheminements à l'intérieur du domicile. D'une manière générale, les travaux ont permis de réduire les incapacités physiques et d'améliorer le confort et la sécurité des logements ;

- *mieux sensibiliser le grand public à la nécessité d'effectuer des travaux de prévention : à travers notamment la publication en 2015 d'un guide largement diffusé "Mon chez moi avance avec moi" à destination des personnes âgées et des aidants (famille, professionnels sanitaires et sociaux) pour rappeler la nécessité d'adapter le logement et informer des différents types de travaux et de leurs coûts (diffusion nationale : 30 000 exemplaires) ;*

- *mieux accompagner les territoires dans la définition de leurs politiques locales : par la mise en place d'outils, dont un guide méthodologique avec des préconisations et des bonnes pratiques, à*

destination des collectivités locales afin de les aider à mieux repérer les ménages fragiles éligibles aux aides de l'Anah et de la Cnav ;

- *simplifier le circuit des aides et améliorer la qualité des dossiers : une expérimentation nationale, menée sur 4 territoires, d'un modèle de diagnostic autonomie est en cours afin de simplifier les procédures pour l'usager et les instructeurs. L'objectif est également de retenir un opérateur habitat commun et de permettre une meilleure prise en compte de l'expertise des ergothérapeutes ;*
- *travailler avec les professionnels du bâtiment au développement des labels « Handibat » et « Pro de l'accessibilité » afin de mieux prendre en compte les questions de perte d'autonomie des personnes âgées (prise en compte des besoins spécifiques des personnes modestes et âgées accompagnées).*

Un partenariat national avec la CNSA a également été acté en mai 2015 et prévoit le soutien financier de la CNSA à la mise en œuvre du plan, des actions de sensibilisation et d'information communes, la réalisation d'un référentiel des coûts des travaux d'aménagement des logements dans le cadre de la prestation de compensation du handicap, et des échanges de bonnes pratiques partenariales entre partenaires locaux (Anah, MDPH, Conseils départementaux, EPCI).

L'Agence est donc résolument engagée dans le développement de la politique de maintien à domicile et s'investit à ce titre dans la mise en place des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie prévues par la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

L'Anah cherche également à rendre convergente cette intervention avec d'autres leviers prioritaires d'amélioration de l'habitat, en incitant les ménages à coupler les travaux d'adaptation aux travaux de rénovation énergétique qui seraient possibles.

L'Anah est, en outre, engagée dans un projet de simplification et de dématérialisation des démarches afin de favoriser l'accès à l'ensemble de ses aides, dont les aides en faveur de l'adaptation des logements. Enfin, pour assurer la pérennité de son intervention et dans un contexte budgétaire contraint, l'Agence veille avec une vigilance renforcée à la soutenabilité financière de ses engagements pluriannuels afin d'ancrer notamment l'action d'adaptation des logements à la perte d'autonomie dans la durée.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS)

Je souhaitais simplement souligner que la prévention de la perte d'autonomie des personnes malades et/ou âgées constitue une des trois missions du Service social de l'Assurance maladie, avec l'accès aux soins et la prévention de la désinsertion professionnelle. Les 2 800 professionnels du Service social (dont 1 800 assistants sociaux) accompagnent des personnes confrontées - ou susceptibles de l'être - à un problème de santé ou de perte d'autonomie ainsi qu'à une situation de précarité ou de fragilisation sociale. Chaque année ce service accompagne plus de 550 000 assurés en situation de fragilité, et plus précisément, en 2015, il a assuré un accompagnement social de plus de 46 000 personnes de plus de 75 ans (dont près de 15 000 ayant plus de 85 ans).

Pour chaque situation individuelle, le service social apporte une aide globale d'ordre psychosociale, matérielle, professionnelle, centrée sur les besoins de la personne et/ou de l'aidant. Ces interventions portent le plus souvent sur l'accompagnement des sorties d'hôpital dans un objectif de maintien à domicile. L'assistant de service social intervient 48h après le retour à domicile et réalise alors une évaluation globale de la situation de la personne convalescente : conditions de vie à domicile ; isolement familial, physique, géographique ; facteurs pouvant limiter l'autonomie ; difficultés liées au déficit de coordination des professionnels intervenant à domicile, etc.

Cette analyse de besoins lui permet de proposer des solutions sur mesure visant à éviter une dégradation de l'état de santé et des réhospitalisations (portages des repas, livraisons des courses, aide à domicile, adaptation du logement etc.). L'objectif est de permettre un retour à domicile qui perdure dans le temps.

Les assistants de service social peuvent recourir à deux dispositifs pour aider les personnes concernées : le dispositif d'Aide au Retour à Domicile après Hospitalisation (ARDH) de la branche Retraite - l'ARDH est une prestation attribuée aux retraités qui peuvent récupérer leur niveau d'autonomie antérieur à l'hospitalisation, dans un objectif de maintien à domicile ; une dotation spécifique « aide au retour et au maintien à domicile » pour favoriser des mesures de retour / maintien à domicile sur le fonds national d'action sanitaire et sociale de la branche Maladie.

Dans le cadre du plan autonomie de l'avancée en âge (P3A) un guide de bonnes pratiques réalisé conjointement par les deux branches Maladie et Retraite va être diffusé, à la fin du 3ème trimestre, à l'ensemble des intervenants sur les situations de perte d'autonomie. Il contient notamment des fiches pratiques permettant contribuer de manière coordonnée à la sortie d'hospitalisation, d'aider les aidant ainsi qu'un guide pour mener des campagnes d'information et des ateliers sur la prévention en faveur de seniors fragilisés.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAVTS)

✓ *Au point B du I du chapitre I, le rapport souligne les insuffisances de la grille AGGIR ainsi que les travaux menés par la CNSA sur l'élaboration d'un référentiel d'évaluation multidimensionnelle des personnes âgées et de leurs proches aidants.*

Sur cette question de l'évaluation des besoins des personnes âgées, il me semble important de souligner les travaux réalisés par la CNAVTS en interrégimes (MSA et RSI). En effet, la grille AGGIR est utilisée par les caisses régionales comme un critère d'éligibilité à nos aides (Gir 5 et 6) mais ne permet pas d'évaluer les besoins des personnes âgées dans toutes ses dimensions (sociale, environnementale …).

La CNAVTS, la MSA et le RSI ont donc décidé, dans le cadre de leur politique de prévention, de se doter d'un outil ad hoc permettant de mesurer la fragilité : la grille FRAGIRE.

La grille FRAGIRE vise à détecter, parmi les retraités non dépendants (Gir 5 et 6), les personnes en situation à risque et d'identifier leur niveau de fragilité. L'ambition de cette grille est notamment :

- *d'homogénéiser les pratiques de l'évaluation en interrégimes,*
- *de s'appuyer sur le ressenti de la personne,*
- *de prendre en compte l'environnement de la personne âgée qui peut avoir une influence significative sur la perte d'autonomie (isolement géographique, absence de lien social, activités sociales ou culturelles…).*

Cette grille a été élaborée par le Pôle gérontologique Inter-régional (PGI) de Bourgogne Franche-Comté à partir d'une équipe

composée de cliniciens, universitaires et professionnels de l'action sanitaire et sociale.

La grille FRAGIRE a été expérimentée dans plusieurs régions et sera généralisée dans le cadre du dossier interrégimes d'évaluation d'ici la fin de l'année 2016.

Dans le prolongement de ces travaux, la CNAVTS a été associée aux travaux de la CNSA sur l'élaboration du référentiel d'évaluation multidimensionnelle des personnes âgées et de leurs proches aidants.

✓ Au point B du III du chapitre I, le rapport souligne la difficulté de programmation de l'offre en raison de l'insuffisante connaissance des besoins locaux

Concernant l'identification des besoins locaux, je partage le constat de la Cour sur le progrès que devrait permettre la mise en place des conférences des financeurs en mettant « autour de la table » l'ensemble des acteurs concernés. À cet égard, les travaux menés dans les départements préfigurateurs des conférences ont généralement permis une mutualisation des connaissances et des outils de diagnostic des différents membres de la conférence des financeurs. Dans ce cadre, les observatoires régionaux des fragilités, qui sont des outils à disposition des Carsat permettant d'identifier les territoires prioritaires d'intervention et les publics vulnérables (en mobilisant les données de l'Assurance maladie et de l'Assurance vieillesse), ont été utilisés par les conférences des financeurs pour réaliser le diagnostic territorial.

✓ Au point A du I du chapitre II, le rapport souligne que deux tiers des Résidences-autonomie présentent des besoins de réhabilitation pour être en conformité avec les normes d'accessibilité ou d'amélioration de leur confort.

La lecture de cette observation de la Cour m'amène à souligner les 3 points suivants :

- *Un des axes majeurs de la politique de prévention de la perte d'autonomie de la CNAVTS porte sur le développement des lieux de vie collectifs pour personnes âgées autonomes et socialement fragilisées afin de leur offrir une alternative entre le maintien à domicile et l'hébergement en EHPAD. Dans ce cadre, la CNAVTS contribue à la rénovation des Résidences-autonomie (ex. logements foyers) par l'attribution de prêts sans intérêt (enveloppe annuelle de 80 millions d'euros sur la période 2014-2017) et de subventions (14,7 M€ en 2015). Par ailleurs, la politique de la CNAVTS à destination des Résidences-autonomie s'inscrit parfaitement dans les orientations de la loi d'adaptation de la société au vieillissement*

(ASV) dans la mesure où la CNAVTS conditionne ses financements à la mise en place au sein des résidences d'actions collectives de prévention à destination des résidents et ouvertes sur l'extérieur.

- *Le Plan d'aide à l'investissement (PAI) de la CNSA à destination des Résidences-autonomie (enveloppe annuelle de 10 M€ sur 2014-2016), dont la gestion a été confiée à la CNAVTS, a permis de renforcer la dynamique de la politique de la CNAVTS en faveur de la rénovation des Résidences autonomie.*
- *Les Résidences-autonomie étant principalement gérées par des CCAS, la CNAVTS a conclu début 2016 avec l'UNCCAS une convention de partenariat dont une des ambitions est de renforcer le partenariat sur la mise en œuvre des nouvelles orientations de la loi ASV sur les Résidences autonomie.*

✓ *Au point II du chapitre III, le rapport précise que « les dépenses liées au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes (10,1 Md€) sont financées à hauteur de 42% par les départements, 30% par l'Assurance maladie, 9% par les ménages et 7% par l'action sociale des caisses de retraite ».*

Sur ce point, il m'apparaît utile de souligner que l'action sociale des caisses de retraite s'adresse à des personnes âgées encore autonomes (Gir 5-6) et socialement fragilisées dans une perspective de prévention de la perte d'autonomie et d'aide au maintien à domicile. Cette politique de prévention, menée en interrégimes par les caisses de retraite, se situe donc en amont de la dépendance et de l'intervention des conseils départementaux et a pour ambition d'intervenir à trois niveaux :

- *De l'information et des conseils en matière de « Bien vieillir ».*
- *Le développement d'actions collectives de prévention visant à favoriser les bons comportements (nutrition, activités physiques, mémoire ...) et à maintenir le lien social, facteur clé de la préservation de l'autonomie.*
- *L'attribution d'aides individuelles favorisant le maintien à domicile avec une priorité donnée à l'adaptation de l'habitat et aux situations de rupture (hospitalisation, décès d'un proche ...).*

Cette politique de prévention des caisses de retraite en interrégimes s'est vue confortée avec la publication de la loi du 28/12/2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement qui met en avant la prévention et reconnait le rôle des caisses de retraite en la matière.

✓ *Le rapport évoque au point 3 du chapitre III-II-B « des financements disparates en faveur de l'adaptation du logement » et « une multiplicité des financeurs » ne permettant pas d'avoir « une vision claire ».*

Concernant la problématique de la coordination des différents acteurs et de son incidence sur la complexité des dispositifs, la CNAVTS a lancé depuis 2010 plusieurs réflexions qui ont notamment abouti à la publication en décembre 2013 d'un rapport ANAH / CNAVTS relatif à l'adaptation des logements pour l'autonomie des personnes âgées. Ce rapport formule un certain nombre de préconisations sur les thématiques suivantes :

- *Sensibilisation des personnes âgées sur l'adaptation de leur logement.*
- *Faciliter l'accès à l'information.*
- *Simplifier les démarches.*
- *Mieux solvabiliser les personnes âgées.*
- *Favoriser les travaux de qualité.*
- *Mieux prendre en compte la rénovation énergétique.*

Par ailleurs, afin de renforcer la coordination des acteurs, la CNAVTS a conclu avec l'ANAH une convention de partenariat le 23/12/2010. Cette convention a été élargie à l'interrégime (MSA, RSI) le 10/07/2015. Les principaux axes de cette convention portent sur :

- *une meilleure articulation des actions,*
- *une meilleure communication et sensibilisation des personnes âgées,*
- *une réflexion sur les freins et leviers à l'adaptation du logement.*

Dans ce cadre, les caisses de retraite ont pour ambition de renforcer la coordination des différents acteurs, mettre en cohérence les financements et internaliser leur complexité.

Sur cette problématique de la coordination, il manque, me semble-t-il, un cadre de référence interministériel entre la Direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages (DHUP) du ministère de l'Environnement, de l'Énergie et de la Mer (tutelle de l'ANAH) et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) du ministère des Affaires sociale et de la Santé (tutelle de la CNAVTS sur les questions de l'adaptation du logement). À cet égard, la mise en œuvre du plan national d'adaptation du logement, prévu par le rapport annexé à la loi du 28/12/2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, auquel contribuent les

caisses de retraite et l'ANAH mériterait une meilleure coordination interministérielle pour fixer un cadre de référence.

Je souhaiterais également souligner que l'adaptation du logement des personnes âgées est un axe central de notre convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue avec l'État pour la période 2014-2017. Cette priorité s'est notamment traduite par l'attribution de plus de 13 000 aides à l'adaptation de l'habitat en 2015 (+30% par rapport à 2014).

✓ *Dans l'annexe n°8, il est indiqué que sur un objectif initial de 50 000 signalements, seulement 17 500 personnes ont été signalées à l'ANAH par les caisses de retraite.*

Entre 2011 et 2013, 17 648 personnes ont été signalées à l'ANAH par le réseau des caisses régionales au titre de la précarité énergétique. Partant de ce constat, l'Assurance retraite a renforcé ses actions de repérage en signalant 9 118 personnes à l'ANAH en 2014 (+16% par rapport à 2013).

D'une manière plus générale, environ 48 000 personnes ont bénéficié d'une aide à l'habitat accordée par l'Assurance Retraite sur la période 2011-2015 dont environ 60% ont fait l'objet d'un co-financement CNAVTS / ANAH.

✓ *Dans l'annexe n°8, il est indiqué que les bailleurs sociaux ont progressivement adapté leur politique patrimoniale en intégrant un volet « accompagnement du vieillissement » dans les Plans Stratégiques de Patrimoine (PSP).*

L'Assurance retraite est mobilisée aux côtés des bailleurs sociaux pour mettre en œuvre des dispositifs innovants permettant de répondre aux difficultés de la vie quotidienne des locataires âgées. L'objectif est de renforcer la prise en compte du vieillissement dans tous les registres de la gestion locative et de la gestion du patrimoine.

Pour ce faire, l'Assurance retraite mène notamment une politique d'adaptation de l'offre d'habitat social en proposant des aides à l'adaptation des logements individuels pouvant être versées sous forme de subventions ou de prêts. Celles-ci peuvent également être envisagées dans le cadre des Plans Stratégiques de Patrimoine.

✓ *Dans l'annexe n°8, il est indiqué que « l'implication différenciée » entre les départements et les caisses de retraite « renforce la césure existante » entre les niveaux de dépendance faibles (GIR 5-6) et les stades de dépendances plus avancés (GIR 1-4). Il est également précisé que si l'aménagement du logement s'inscrit dans des actions de prévention, il conviendrait de mieux solvabiliser les personnes déjà relativement dépendantes aux ressources modestes, dans les cas de grand isolement social.*

Concernant le ciblage des populations cibles de la politique d'adaptation du logement des personnes âgées, il est important d'intervenir le plus en amont possible sur des personnes encore autonomes mais fragilisées (pour des raisons de santé, d'isolement social …) afin d'éviter le basculement dans la dépendance dont le coût pour les finances publiques est plus élevé. En outre, dans une logique d'efficience, il peut paraître plus pertinent d'adapter le logement d'une personne âgée encore autonome, qui a vocation à rester plusieurs années dans son logement, que d'adapter le logement d'une personne âgée déjà très dépendante qui risque de basculer en EHPAD dans un délai relativement court.

Par ailleurs, l'expérience retirée de nos dispositifs nous montre qu'il est plus pertinent d'intervenir auprès des personnes âgées les « plus jeunes » car il est souvent très difficile de convaincre des personnes très âgées (au-delà de 80-85 ans) d'adapter leur logement.

✓ *Dans l'annexe n°8, il est indiqué qu'« il n'existe pas actuellement d'outil national de recensement des logements sociaux ayant fait l'objet d'une adaptation aux besoins liés au vieillissement ». De même, il est mentionné que « les outils de programmation, en particulier les programmes locaux de l'habitat (PLH), ne comportent pas systématiquement un volet sur l'adaptation à la perte de l'autonomie ».*

Il paraît utile de préciser que la loi d'adaptation de la société au vieillissement corrige ces deux lacunes en permettant aux bailleurs sociaux de conditionner l'attribution de certains logements adaptés à la situation de perte d'autonomie des demandeurs. De même, la loi modifie la structure des PLH en y intégrant un volet spécifique « personnes âgées ».

Par ailleurs, il me semble également utile de signaler que les bilans en matière d'adaptation des logements individuels pour la CNAVTS que vous mentionnez ne concernent que les personnes âgées en GIR 5 et 6, public cible de la Caisse, alors que ceux de l'ANAH font référence à l'ensemble des personnes éligibles à leur programme « Autonomie », à savoir les personnes âgées de tous les GIR ainsi que les personnes handicapées.

RÉPONSE DE LA DIRECTRICE DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE (CNSA)

Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie implique de mobiliser différents leviers qu'il s'agisse du pilotage stratégique de l'offre de service, de la solvabilisation de la demande et de la confortation du modèle économique du secteur et de la connaissance des besoins que la Cour a identifiés tout au long de son rapport.

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) contribue sur ces différentes dimensions à apporter des éléments de structuration. Elle renforce les compétences de la CNSA notamment en ce qui concerne le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie dans une double dimension, d'appui technique et d'animation, d'une part, de financement, d'autre part.

À la fois caisse et agence d'appui technique, la CNSA exerce ses missions dans un cadre partenarial et en lien étroit avec les tutelles et les acteurs nationaux et locaux de l'aide à l'autonomie, au premiers rang desquels les agences régionales de santé et les conseils départementaux. Son mode de gouvernance original se caractérise par la composition plurielle de son Conseil. Le programme de travail de la CNSA, dans le contexte de missions ainsi renouvelées, a été précisé dans la convention d'objectifs et de gestion (COG) qu'elle vient de conclure avec l'État pour les années 2016-2019.

Pour ce qui concerne plus particulièrement le champ de compétences de la CNSA, le rapport appelle les observations et précisions suivantes :

1°/ Sur la connaissance des besoins des personnes

L'axe 1 de la COG engage la CNSA sur l'éclairage des besoins : développement d'outils d'évaluation individuelle, contribution à la production de connaissances. À ce titre, elle participe d'ailleurs au financement des grandes enquêtes de la DREES relatives aux personnes bénéficiaires de l'APA.

L'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles prévoit que l'équipe médico-sociale évalue ***la situation et les besoins du demandeur de l'APA et de ses proches*** *aidants sur la base d'un référentiel défini par le ministre chargé des personnes âgées. La loi ASV prévoit la mise en place d'une approche plus multidimensionnelle des besoins des personnes âgées dépendantes et de leurs proches, par-delà la grille AGGIR qui reste la référence en termes d'éligibilité à l'APA. Cela permettra au niveau individuel, une approche plus fine des besoins et une*

orientation vers des réponses plus larges, allant au-delà de l'APA (prévention, lutte contre l'isolement, adaptation du logement, aides techniques, etc.).

La CNSA conduit depuis la fin de 2015, dans le cadre de sa mission de proposition de référentiels nationaux, un travail d'élaboration du futur référentiel d'évaluation multidimensionnelle des besoins en lien avec une trentaine de départements. Une première version complète de ce référentiel va être testée par les équipes médico-sociales dans une cinquantaine de départements jusqu'au début de l'automne de sorte qu'après un bilan de cette phase de test, un arrêté fixe la version définitive de ce référentiel. Afin de permettre une bonne appropriation de cette démarche, outre un partenariat avec le CNFPT pour la formation des professionnels, la CNSA va proposer un cadre technique d'implémentation du référentiel en lien avec les éditeurs de systèmes d'information des conseils départementaux permettant d'intégrer les informations recueillies dans les bases de gestion des départements.

Il convient de souligner qu'il s'agit d'un référentiel au sens d'une classification des caractéristiques de la personne et de sa situation, permettant de formaliser une démarche d'évaluation et non un outil de recueil de données. A ce stade, aucune normalisation de remontée d'information n'est prévue par la loi.

2°/ Sur la prise en compte de la prévention de la perte d'autonomie

La loi ASV organise, dans le cadre des ***conférences des financeurs****, une gouvernance entre les acteurs locaux concernés en particulier les conseils départementaux, les ARS et les caisses de retraite. La préfiguration de ce dispositif en 2015 avec l'appui de la CNSA dans 24 territoires départementaux a mis en évidence une réelle dynamique partenariale des acteurs notamment des ARS, à la fois sur le partage d'informations et la construction d'une vision partagée. La définition d'une stratégie commune des mêmes acteurs, dans le cadre des conférences des financeurs, pour ce qui concerne la prévention doit contribuer à apporter, par une meilleure articulation des interventions, une plus grande continuité des politiques allant de la prévention à la compensation dans un champ jusqu'alors moins investi par les départements pour une plus grande efficacité des actions réalisées et une lisibilité accrue pour les usagers. Il s'agit d'un nouveau levier pour conforter le maintien à domicile (accès aux aides techniques, soutien aux aidants, lien avec l'adaptation des logements, etc.).*

Afin de faciliter l'appropriation de ce dispositif, la CNSA en lien avec la DGCS a diffusé au début du printemps 2016 un guide technique destiné à

l'ensemble des membres des conférences et va financer dans la cadre de conventions de subvention les dépenses d'ingénierie exposées par les conseils départementaux pour la mise en place des conférences. Une enveloppe de 5,6 M€ a été prévue à cet effet. Une dizaine de réunions interdépartementales ont été organisées en lien avec les ARS depuis le début avril 2016 avec l'appui des territoires préfigurateurs et le soutien de la CNSA afin de favoriser les échanges et la bonne compréhension du dispositif. Les acteurs du champ de la prévention de la perte d'autonomie semblent pleinement se mobiliser dans cette phase de démarrage. La question de l'élargissement du périmètre d'intervention des conférences des financeurs au-delà de la prévention pourrait se poser mais, à court terme, il importe que les acteurs mobilisent déjà pleinement le champ de compétence défini par la loi, pour développer les réponses concrètes aux personnes.

En lien avec la politique de prévention, l'adaptation du logement est un élément déterminant du maintien à domicile des personnes âgées. La CNSA, dans cette perspective, a conclu en 2015 une convention de partenariat avec l'ANAH et versé dans ce cadre une subvention de 20 M€ destinée au financement de l'adaptation de 6 000 logements supplémentaires. Les deux établissements se sont engagés également dans un programme de travail sur des actions de communication, d'échange et d'expertise (ex : élaboration d'un référentiel de coûts d'adaptation du logement).

3°/ Sur l'accompagnement des parcours

Plusieurs dispositifs de coordination du parcours des personnes âgées en perte d'autonomie coexistent. La CNSA pilote les MAIA, méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie, selon les objectifs fixés à l'axe 1 de sa COG et porte sur l'éclairage des besoins et l'adaptation des réponses individuelles et collectives.

Les MAIA[123] comprennent deux niveaux de coordination des parcours : le guichet intégré, avec un pilote MAIA qui agit pour faciliter l'orientation des personnes à travers l'harmonisation des pratiques professionnelles d'accueil, d'orientation et de coordination ; la gestion de cas pour les situations les plus complexes. En tant que pilote et financeur au niveau national de ces dispositifs, la CNSA conduit simultanément plusieurs chantiers destinés à en assurer la consolidation.

[123] Article L.113-3 du CASF et décret n°2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au CCN.

En premier lieu, conformément à la feuille de route de la CNSA, le déploiement de 50 MAIA pour 2016[124] *a été lancé. Elles viendront compléter les 302 dispositifs existants à fin 2015, ce qui permettra de disposer* ***d'un maillage complet du territoire à horizon de 2017, avec 350 MAIA****. Il s'agit d'un point d'appui important et opérationnel sur les territoires, pour faciliter l'accompagnement des parcours des personnes âgées les plus fragilisées.*

En second lieu, la CNSA conduit 3 chantiers stratégiques pour 2016 :

- ***le partage d'informations***[125] ***personnelles entre professionnels des champs sanitaire, social et médico-social est au cœur du dispositif MAIA****. Le système d'informations partagé, élément structurant qu'il est impératif de construire et de déployer pour, à terme faciliter le parcours de vie des personnes âgées, représente un enjeu majeur dans les années à venir ; la loi ASV vise à le faciliter. Ces dispositions législatives très attendues par les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale des personnes âgées, nécessitent maintenant, pour qu'elles soient opérationnelles et généralisées (contrairement à PAERPA, qui dispose d'une procédure dérogatoire non généralisable), de mettre en œuvre des moyens techniques nécessaires à ces échanges d'informations de données personnelles. La CNSA a sollicité les services du secrétariat général du ministère des affaires sociales et la Direction de la stratégie des systèmes d'information (DSSIS) pour instruire ce dossier structurant pour les années à venir. En effet, aujourd'hui, il n'existe pas de référentiels nationaux référençant les professionnels des champs social et médico-social au même titre que les professionnels de santé. Ceci constitue un enjeu majeur d'évolution des pratiques de transmission d'informations au profit du « Parcours des personnes âgées » et des systèmes d'informations.*
- ***la CNSA a procédé en mai 2016 au choix de l'outil d'évaluation multidimensionnelle (OEMD) pour les gestionnaires de cas validé scientifiquement Resident Assessment Instrument (RAI-Home Care)*** *appartenant au consortium américain InterRAI, association de scientifiques, chercheurs et usagers d'une quarantaine de pays utilisant ces instruments. Conformément à la mesure 3 du plan*

[124] Instruction N°DGCS/SD3A/DGOS/CNSA/2016/124 du 1er avril 2016 relative aux appels à candidatures pour le déploiement des dispositifs MAIA au titre de l'année 2016.

[125] Article L.113-3 du code d'action sociale et des familles dans sa rédaction issue de l'article 77 de a loi ASV.

maladies neuro dégénératives et apparentées (PMND), ce choix a été fait à l'issue d'un appel d'offres lancé fin novembre 2015 visant l'acquisition des droits d'utilisation d'une méthode d'évaluation multidimensionnelle validée scientifiquement. La CNSA procède à l'implémentation (avec l'ASIP-Santé) de l'OEMD national et commun à l'ensemble des gestionnaires de cas d'ici fin 2016. En effet, l'utilisation d'un outil d'évaluation des personnes suivies en gestion de cas, commun est une condition indispensable :

- *à la concertation interdisciplinaire et à la mise en place de l'intégration des secteurs sanitaire, social et médico-social ;*
- *à la structuration de la prise en charge de la perte d'autonomie et à la garantie d'équité de traitement des usagers accompagnés à domicile ;*
- *à l'évaluation de l'efficience de la politique gérontologique : l'instrument RAI-HC permet l'agrégation statistique des données recueillies puisqu'elles sont standardisées, dans un objectif de connaissance populationnelle.*

La CNSA a lancé en décembre 2015, l'évaluation nationale qualitative du dispositif MAIA*. Une instance de pilotage, présidée par un membre de l'IGAS, a été créée et est composée d'acteurs nationaux concernés par les politiques de coordination et d'intégration (DGCS, DGOS, DSS, DREES, SGMAS, ANAP, CNAMTS), de représentants d'ARS, de conseils départementaux, de porteurs, pilotes MAIA et gestionnaires de cas, etc). La CNSA disposera de résultats d'évaluation d'ici la fin de l'année 2016 avec pour objectif de nourrir la révision du cahier des charges national des MAIA prévue en 2017 et d'apporter des éléments objectivés de fonctionnement des MAIA pour clarifier et mettre en cohérence plusieurs dispositifs visant la simplification des parcours pour les personnes âgées (MAIA, PAERPA, contrats locaux de santé, et prochainement les plateformes d'appui à la coordination).*

4°/ Sur l'offre de services

Les besoins de modernisation du secteur de l'aide à domicile mobilisent tous les acteurs. L'axe 3 de la COG relatif à la construction de réponses adaptées et efficientes dans une logique de parcours renforce ainsi les actions de la CNSA pour la formation et la modernisation du secteur.

Au-delà des aides d'urgence prévues par le fond de restructuration de l'aide à domicile et déléguées aux ARS (155M€ depuis 2012), la CNSA conduit, dans une logique d'effet de levier, une politique de soutien à la modernisation de l'aide à domicile et de professionnalisation de ses

personnels dans le cadre de la section IV de son budget. 74.5 M€ ont été engagés à ce titre en 2015, un montant stable d'une année à l'autre. Eu égard au très grand nombre de services, la CNSA s'appuie sur les acteurs ayant un effet structurant sur le secteur :

- *les conseils départementaux dont le rôle de chef de file sur l'aide à domicile est renforcé par la loi ASV ;*
- *les réseaux nationaux, publics, associatifs ou privés ;*
- *les OPCA.*

La nature des actions soutenues par les conventions prend en compte le positionnement de ces acteurs : par exemple, formation professionnelle avec les OPCA, soutien à l'amélioration de l'efficience interne avec les réseaux nationaux (système d'information, formation, GRH, appui à la mutualisation des fonctions support, etc.), développement de la télégestion et structuration de l'offre avec les conseils départementaux. La CNSA veille à ce que l'ensemble des actions portées par des acteurs différents soient complémentaires et contribuent à une évolution structurelle de ce secteur.

L'articulation des interventions d'aide et de soins au domicile des personnes est un enjeu important en termes de qualité de service rendu et de source possible d'efficience. Les SPASAD sont actuellement trop peu nombreux. Afin de soutenir le développement d'un modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement de SPASAD prévu par l'article 49 de la loi ASV, la CNSA a délégué fin 2015 une enveloppe de 11,5 M€ aux ARS. Elle soutient également les projets de rapprochement des activités d'aide et de soins porté au sein des réseaux nationaux et avec certains conseils départementaux. Au-delà des actions entreprises, la structuration du secteur de l'aide à domicile mérite d'être amplifiée. La CNSA entend en lien avec la DGCS mobiliser son expertise et ses financements pour venir en appui des conseils départementaux.

5°/ Sur l'accompagnement des aidants

La mission de la CNSA pour l'aide aux aidants a été renforcée par la loi ASV. Sa déclinaison opérationnelle est inscrite à l'axe 2 de la COG, qui porte sur l'amélioration de l'accès aux droits.

La prise en compte de la situation de l'aidant, qui peut être en situation d'activité professionnelle, de la personne en perte d'autonomie nécessite une réponse globale. L'objectif est de disposer d'une offre graduée et accessible, qui inclut une information organisée, des actions de sensibilisation et formation, des structures de répit, de l'hébergement temporaire. La connaissance des dispositifs est un enjeu important.

La loi ASV prévoit plusieurs mesures destinées à renforcer le soutien aux proches aidants en particulier l'introduction d'un dispositif de solvabilisation d'un droit au répit venant en complément de l'APA. Dans ce contexte, la CNSA a conduit en 2015 une mission d'évaluation des programmes de formation des aidants qu'elle finance et d'analyse des différents dispositifs existants en France et à l'étranger. L'enjeu pour elle est de refonder sa stratégie globale autour de 5 grandes orientations :

- *le repérage de la situation de l'aidant en risque d'épuisement ;*
- *l'évaluation aboutissant à une orientation adaptée aux besoins et attentes des aidants ;*
- *le renforcement de la cohérence des stratégies d'aide aux aidants au niveau national ;*
- *le renforcement de l'articulation et de la lisibilité des actions d'aide aux aidants au niveau local grâce à la mise en place des conférences des financeurs ;*
- *la stratégie de conventionnement de la CNSA.*

Ces différentes orientations sont en cours de mise en œuvre. Ainsi, un module aidant a été élaboré au sein du référentiel d'évaluation multidimensionnel des besoins pour les EMS. Dans la cadre de a la section IV de son budget, le conventionnement avec les associations nationales est renforcé depuis le début de 2016 avec un soutien, comme le permet la loi ASV, à des actions plus diversifiées correspondant mieux aux besoins des personnes. La CNSA a également renforcé son soutien aux conseils départementaux pour la mise en œuvre d'action en direction des aidants.

6°/ Sur l'information au grand public et aux professionnels

La loi ASV a élargi les missions de la CNSA à l'information du grand public. En anticipation, la CNSA a lancé dès juin 2015 le portail national www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr. Sa réalisation et son animation sont inscrites dans l'axe 2 de la COG qui est relatif à l'amélioration de l'accès aux droits des personnes.

Ce portail oriente les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs proches vers les ressources nationales et départementales. Il apporte toutes les informations utiles pour faire face à une situation de perte d'autonomie, à domicile ou en établissement : conseils, démarches, adresses, interlocuteurs. Sa réalisation et son animation ont été confiées à la CNSA, en anticipation de la loi ASV. Une première version du portail a été mise en ligne en juin 2015. Le portail constitue également l'une des

premières briques du service public d'information en santé prévu par la loi de santé. En plus d'une information officielle et complète sur la perte d'autonomie, le portail propose :

- *Un annuaire complet de l'offre à destination des publics âgés proposant des informations fiables, à jour et de proximité, sur les points d'information locaux, les établissements et services médicalisés et les résidences autonomie.*
- *Un simulateur pour estimer le montant du reste-à-charge.*

Un an après son ouverture, le portail compte plus d'un million de visiteurs*. Une deuxième version sera mise en ligne fin 2016 avec les prix d'hébergement et les tarifs dépendance des EHPAD, qui permettra une comparaison des prix et des reste-à-charge sur la base d'un socle de prestations minimales d'hébergement prévu par la loi. Le portail est aussi utile aux professionnels des secteurs social, médico-social et de la santé, qui sont les premiers interlocuteurs des personnes âgées et de leurs proches.*

Par contre, l'expérimentation de la plateforme téléphonique a pris fin en juin 2016, compte tenu de son très faible niveau d'utilisation. Les efforts de réduction des inégalités d'accès à la formation seront poursuivis, avec un renforcement de la communication en direction des professionnels en lien direct avec les personnes âgées et leurs proches.

Ce portail national a été conçu et est enrichi en partenariat avec les départements, les APS, les acteurs du secteur et les administrations centrales, dans une logique de mutualisation des ressources, avec un comité éditorial pluriel et des groupes de travail.

Le portail acquiert ainsi progressivement un statut de site ressource, reconnu et apprécié par les utilisateurs.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE (CCMSA)

Ce document n'appelant pas d'observations de ma part, je ne souhaite pas apporter de réponse à ce rapport.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'AIN

J'ai pris connaissance avec satisfaction des éléments retenus dans les extraits communiqués, qui concernent le Département de l'Ain.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DES ALPES-MARITIMES

Conformément aux articles L. 143-13 et R. 143-5 du code des juridictions financières, je tenais à vous apporter des éléments de réponses sur certains points du rapport.

En premier lieu, le rapport indique que « face à l'accroissement du nombre des bénéficiaires de l'APA et à l'affaiblissement de leurs recettes, les Départements ont procédé sur la période récente à une régulation de leurs dépenses, affectant davantage le maintien à domicile que l'accueil en établissement ».

Sur ce point, je crois important de rappeler les observations du Département des Alpes-Maritimes qui ont été intégrées dans le rapport d'observations définitives de la Chambre régionale des comptes concernant la gestion de la collectivité, pour la période sous revue 2009-2014

Bien qu'à GIR et à ressources constants, alors que les montants moyens nationaux des plans d'aides notifiés diminuent entre 2007 et 2011, comme le démontrent les études menées par la DREES, le Département des Alpes-Maritimes résiste en effet à cette tendance nationale, avec des montants moyens de plans d'aide notifiés supérieurs à ceux du niveau national pour chacun des quatre GIR, en pourcentage d'écart et en montants, et ce sur les périodes citées.

Je me permets de vous rappeler que le versement de l'APA aux personnes âgées éligibles constitue une priorité absolue du Département des Alpes-Maritimes.

Soucieux de préserver les intérêts et la vie quotidienne des personnes âgées en attente d'une demande d'aide, la collectivité déploie tous les efforts pour répondre dans les meilleurs délais et dans le respect de l'enveloppe la plus adéquate aux besoins des personnes âgées confrontées à la perte d'autonomie.

Vous relevez d'ailleurs avec justesse dans votre rapport, la caractéristique majeure du Département des Alpes-Maritimes, s'agissant des montants des plans d'aide, « supérieurs aux montants nationaux pour chacun des quatre niveaux de dépendance, en pourcentage d'écart et en montant, tant en 2007 qu'en 2011 ».

En effet, avec des montants de plans d'aide supérieurs, selon les GIR, de +215€ à + 360 € en 2007, et + 62 € à + 243 € en 2011[126]*, (pour le 1er quartile de revenus, les plans d'aide moyens des Alpes-Maritimes sont supérieurs à ceux nationaux, selon les GIR, de + 24 à + 44 % en 2007 et de + 15 à +22% en 2011), le Département des Alpes-Maritimes a confirmé sa volonté d'agir de manière soutenue en faveur des personnes âgées les plus démunies, sans attendre la mise en œuvre du nouveau dispositif APA prévu par la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, y compris pour celles évaluées en GIR 4, et que le Département, contrairement à d'autres collectivités, a choisi de ne pas plafonner.*

En second lieu, j'observe avec satisfaction la reconnaissance de l'action du Département des Alpes-Maritimes par votre Juridiction, en matière de suivi et de contrôle de l'effectivité des prestations d'aide humaine, dans le cadre d'un dispositif dédié. Le rapport établi en 2015 met, en effet, en évidence que le Département des Alpes-Maritimes « assure un suivi précis de la mise en place du plan d'aide, en systématisant la réclamation des indus et en réajustant de manière permanente le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie ». Il détaille spécifiquement, chapitre III-II-A-2-b, l'organisation du dispositif dédié, en soulignant que « la part des bénéficiaires contrôlés par rapport au nombre total des allocataires de l'APA s'est fortement accrue en passant de 1.8% en 2010 à 28.6 % en 2013 » et en montrant l'efficacité de ce dispositif, à travers « le montant moyen de trop perçu par allocataire contrôlé qui s'élève à 35 € en 2013 ».

[126] Base Étude DREES, février 2001 n° 748 – 1er quartile de revenus.

Ces mesures, qui se poursuivent aujourd'hui, traduisent la volonté affirmée du Département des Alpes-Maritimes de veiller avec la plus grande attention à l'utilisation rigoureuse des deniers publics tout en maintenant une qualité optimale des prestations réalisées en faveur des personnes âgées.

Telles sont les observations que je tenais à porter à votre connaissance en réponse à votre rapport public thématique tout en me permettant, à nouveau, de souligner la qualité du travail effectué lors de ce contrôle, permettant au Département des Alpes-Maritimes, d'optimiser son offre à destination des personnes âgées les plus vulnérables.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

La Dordogne a fait l'objet en 2014 d'une enquête de la Chambre Régionale des Comptes d'Aquitaine-Poitou-Charentes, sur les dispositifs de maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.

Plusieurs observations et préconisations, ont été formulées pour améliorer la politique gérontologique locale. Le rapport public soulève des problématiques similaires et appelle donc une réponse identique à celle transmise au Président de la Chambre Régionale, avant son rapport définitif.

Concernant tout d'abord les difficultés de la coordination gérontologique et de l'organisation et la tarification des Services d'Accompagnement et d'Aides à Domicile (SAAD), le rapport recommandait une évolution de certaines modalités pratiques visant à accentuer le contrôle de l'effectivité de l'APA, les procédures dématérialisées de gestion de l'aide. Nonobstant les nouvelles dispositions légales adoptées depuis, et pour celles restant d'actualité à leur regard, ces recommandations ont été prises en compte par mes services.

Le rapport apparait dans une période de forte mutation de la politique gérontologique induite par la loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement (loi ASV) du 28 décembre 2015. Celle-ci aborde, dans un cadre pluriannuel, tous les aspects liés à la nécessaire adaptation de la société au vieillissement. Elle s'attache à renforcer le soutien aux aidants et leur accompagnement en cas de perte d'autonomie.

Les mesures législatives dont l'application est progressive depuis le 1er mars (effectives en Dordogne à la date du présent courrier), sont de nature à répondre aux faiblesses observées, voire tendances identifiées

par les Chambres Régionales des Comptes et reprises en tout ou partie dans le rapport de la Cour des comptes.

En ce qui concerne la coordination, la nouvelle loi instaure la Conférence des Financeurs, nouvelle instance partenariale qui va permettre d'impulser des actions de prévention, ainsi que des aides aux équipements techniques et d'adaptation du logement. Cette instance, installée en Dordogne depuis le 25 mai dernier, constituera un lieu de co-construction au titre d'une gouvernance partagée, des politiques locales en faveur des personnes de 60 ans et plus. Ce nouveau dispositif législatif semble, sous réserve de son évaluation ultérieure, devoir répondre à certaines problématiques soulevées par la chambre régionale des comptes d'Aquitaine-Poitou-Charente, s'agissant de la Dordogne.

Au-delà de ces considérations d'ordre général, il convient de s'attarder sur certaines affirmations reprises par le rédacteur du rapport, tout du moins dans l'extrait que vous me soumettez :

<u>Introduction</u> : contexte de ressources financières limitées et prise en charge de la dépendance : il est vrai que l'équilibre du budget départemental est de plus en plus complexe en raison de l'effet-ciseau constitué du poids croissant des allocations individuelles de Solidarité, dont l'APA et de la baisse des dotations d'État. Pour autant, le Conseil départemental de la Dordogne fait toujours face à ses obligations légales, en inscrivant prioritairement les crédits sociaux y afférents. À ce titre, ceux dédiés aux personnes âgées constituent toujours le 1er poste de ses dépenses sociales qui n'a cessé de progresser ces dernières années. Il est passé de moins de 60 M€ au CA2013 à 66,4 M€ cette année (post budget supplémentaire, sous réserve d'adoption) soit une progression de 10,7 % y compris les inscriptions découlant de la loi ASV.

<u>Au chapitre III</u>: l'affirmation selon laquelle la politique de maintien à domicile devrait bénéficier d'un pilotage reposant notamment sur une coordination plus efficace, renvoie à la difficulté de coordonner les actuels divers acteurs et dispositifs. En effet alors même que la loi NOTRe et la loi ASV confortent la place du Département en tant que chef de file des solidarités, au cas particulier envers les personnes âgées, force est de constater que les partenaires en présence, du fait de leur propre légitimité, élabore leur politique sans toujours requérir et/ou tenir compte de l'avis des élus départementaux. Sont apparus ainsi ces dernières années foultitudes d'initiatives : notamment les MAIA et les parcours de soins labellisés, qui se superposent, voire concurrencent les structures préexistantes au mépris souvent des schémas directeurs établis de concert. Le tout génère à la fois un ensemble illisible et incompréhensible pour les usagers auxquels se destinent pourtant ces dispositifs et les professionnels

en charge de les activer. Il en résulte aussi la déperdition de l'action publique et in fine*, son manque d'efficience.*

Au chapitre III : le rédacteur affirme que les départements sont tendanciellement amenés à réguler leurs dépenses d'APA et de fait, à déporter sur les usagers une partie du financement de leur plan d'aide au titre de leur reste à charge. Tel n'est pas vraiment le cas en Dordogne du fait d'une volonté délibérée des élus locaux. Il peut s'agir ici toutefois du résultat de la libre tarification des Services d'aide à domicile dont certains fixent des prix de prestation supérieurs aux tarifs de référence adoptés par le Conseil départemental. Il est vrai que dans ce cas les bénéficiaires de l'APA connaissent une majoration de leur ticket modérateur au-delà du calcul découlant du barème national. À noter que cette tendance va être contrée, en application de la loi ASV, par le nouveau régime d'autorisation et de tarification de ces services.

Au chapitre III-II-A : le rédacteur fait le constat d'une augmentation non corrélée entre le volume totale des dépenses consacrées à l'APA par les départements enquêtés et le nombre de bénéficiaires. Le deuxième étant bien plus rapide. Il en conclu une baisse sensible des dépenses moyennes par bénéficiaire. Sans remettre en cause ce constat, il convient de rappeler que l'APA par essence-même, est « personnalisée » et de fait, elle doit être dimensionnée à la réalité des besoins évalués des demandeurs. Au titre d'une évaluation fine et prenant en compte les desiderata des familles, voire par la suite les résultats du contrôle d'effectivité, les plans d'aides d'APA ont été progressivement ajustés, ce qui peut justifier la tendance observée. À noter aussi le frein constitué par le ticket modérateur qui amène - constats souvent relevés en Dordogne - certaines personnes ou leur famille, à renoncer à une partie de l'aide proposée initialement par l'équipe médico-sociale.

Au chapitre III-II-A : le rédacteur du rapport semble dénoncer l'utilisation du contrôle d'effectivité en tant qu'outil de régulation des dépenses d'APA. Je ne relève à ce titre aucun abus de droit, dès lors que le législateur a laissé aux départements la liberté d'organiser ce contrôle. Le fait de réclamer aux bénéficiaires certains justificatifs de dépenses est une pratique certes contraignante à l'égard de ces derniers. Néanmoins elle s'impose du fait du mode de paiement de l'allocation qui est de droit au bénéfice des usagers eux-mêmes : à charge pour eux de régler les prestataires des services ou les fournisseurs de produits, tels que prescrits dans leur plan d'aide. Selon l'ancien régime d'APA, l'allocation pouvait être versée par exception et selon l'autorisation expresse du bénéficiaire, aux prestataires de services sur présentation de factures. Mais là aussi la loi ASV amène des évolutions des modes de paiement qui vont alléger la charge administrative pesant sur les bénéficiaires au titre du suivi de leur dossier d'APA.

Au chapitre III-II-A : le rédacteur semble reprocher aux départements leurs pratiques consistant à ajuster les plans d'aide APA au regard de la réalité de leurs consommations, selon les justificatifs fournis par leurs bénéficiaires : or cela découle de la nature-même de l'allocation qui présente certes un caractère universel mais qui n'en demeure pas moins une prestation en nature dédiée au paiement des aides prescrites dans un plan élaboré par l'équipe médico-sociale. En Dordogne, la procédure de contrôle d'effectivité, prévoit systématiquement une vérification, dans une démarche de conseil auprès de la personne afin d'identifier les causes de cette sous-consommation avant d'engager le cas échéant une révision administrative d'ajustement de son plan d'aide et de l'APA in fine *(voire d'engager des mesures de protection de la personne âgée si la non-consommation résulte de causes externes).*

RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU DOUBS

L'évocation de l'expérimentation dans le Doubs évoquée au chapitre II-III-B du rapport appelle de ma part les précisions suivantes.

Ce paragraphe pointe, au regard des déficits persistants de certaines structures, la nécessité d'un approfondissement de la réflexion sur l'ajustement de chaque dotation. Depuis le 1er janvier 2016, le Département a pu traiter de l'articulation entre le mécanisme de tarification et celui de la compensation « raisonnable » des coûts nécessaires à l'accomplissement des missions de services publics en mettant en place le « mandatement spécial » au sens du droit européen.

Par ailleurs, si la participation horaire moyenne des bénéficiaires a bien augmenté de 0,91 € en moyenne entre 2010 et 2013, il convient d'indiquer qu'aucun autre frais en dehors de cette participation légale n'est mis à la charge de l'usager dans le cadre de son plan d'aide.

Enfin la référence aux outils de suivi régulier des heures effectivement réalisées, vise explicitement la mise en place de télégestion qui permet, via une interface avec l'outil informatique du Département, d'assurer un suivi en temps réel de la mise en œuvre des plans d'aide et d'engager si nécessaire un ajustement des heures allouées.

Les autres éléments du rapport n'appellent par ailleurs aucune observation de ma part.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ESSONNE

Je ne peux que souscrire au constat global posé d'une réduction des marges de manœuvre budgétaire des départements, qui s'est traduite par des mesures de régulations des dépenses de maintien à domicile.

Ainsi, le Département de l'Essonne a décidé le 25 janvier 2016 la suppression totale de l'allocation personnalisée d'autonomie différentielle, dont bénéficiaient encore certaines personnes âgées (délibération n° 2016-03-0003 du 25 janvier 2016). Il a approuvé par délibération n° 2016-03-0009 du 15 février 2016 un nouveau règlement départemental d'aide sociale et il a été procédé à cette occasion à un réexamen des modalités d'attribution des aides, au regard du contexte financier particulièrement tendu.

Enfin, le Conseil départemental a publié le 1er juin 2016 un avis d'appel public à la concurrence pour la mise en place de chèques emploi service universel (CESU) pour le paiement de la prestation de compensation du handicap (PCH) et de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), afin de renforcer le contrôle d'effectivité de la dépense.

Toutes ces mesures s'inscrivent bien dans l'orientation posée par le rapport visant à un pilotage renforcé de la politique de maintien à domicile par un meilleur ciblage des aides et des financements.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA HAUTE-LOIRE

Je vous informe que le rapport n'appelle pas d'observation de ma part.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU LOIR-ET-CHER

Les extraits qui nous ont été communiqués appellent de notre part les observations suivantes :

- Il convient de relever que, dans le cadre de la loi adaptation de la société au vieillissement (ASV), la contribution du bénéficiaire n'est plus seulement fonction de son niveau de ressources, mais également de la lourdeur de son plan d'aide. Le barème de participation financière des allocataires est ainsi plus dégressif.

- Vous relevez que les Départements, dont le Loir-et-Cher, « ont limité l'augmentation des tarifs de référence pour les services agréés et assuré un suivi strict des tarifs fixés pour les services autorisés ». Il convient de souligner que l'attention portée sur les tarifs de référence ou autorisés a malgré tout mené le Département à augmenter de manière régulière les tarifs au cours de ces cinq dernières années. Le tarif a ainsi évolué de 7,66 % pour les SAAD autorisés entre 2012 et 2015 et de 3,38 % pour les SAAD agréés sur la même période. D'autre part, si on compare les tarifs de référence adoptés par le Département, au niveau prestataire, au tarif de référence national fixé dans le cadre de la Prestation de Compensation de Handicap, on s'aperçoit que les tarifs départementaux sont nettement mieux valorisés.

- Par ailleurs, vous soulignez que « Cette méthode, conforme à la réglementation, ne permet pas de différencier les dotations en fonction des performances, notamment qualitatives, de ces services ». D'une part, en ce qui concerne les SAAD agréés, c'est le tarif de référence qui s'applique réglementairement à tous. Par contre, en ce qui concerne les deux SAAD autorisés du département de Loir-et-Cher, le choix a été fait d'unifier les tarifs afin d'assurer une égalité de traitement des bénéficiaires et une mise en œuvre cohérente des plans d'aide sur le territoire. La différenciation des tarifs pourrait avoir pour effet un accès au soutien à domicile inéquitable d'un territoire à un autre. Or, le Département s'attache, au travers de ses politiques sociales, à offrir une bonne couverture de services, de manière équivalente à l'ensemble de ses usagers. D'une manière générale, le principe de fixation de tarif de référence à deux niveaux, à savoir un tarif de référence fixé au niveau national dans le cadre de la PCH et aucune référence nationale au niveau de l'APA reste peu compréhensible.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU LOT

Je vous informe que les extraits du rapport public thématique Maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie que vous m'avez transmis n'appellent pas d'observation de ma part.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ORNE

Les éléments que vous avez portés à ma connaissance renvoient pour partie aux constatations effectuées par la Chambre régionale des comptes de Normandie dans le cadre de son enquête sur la politique menée par le Département de l'Orne en matière de maintien à domicile des personnes âgées.

Dans le délai indiqué dans votre correspondance, je souhaite vous faire part des observations suivantes.

À titre liminaire, ce rapport m'apparaît devoir constituer une source d'informations et un recueil des bonnes pratiques des plus précieux pour les Départements qui, à l'instar de celui que je préside, sont confrontés à une crise très grave du financement de l'allocation personnalisée d'autonomie, notamment pour les départements vieillissants, dépense transférée par l'État et insuffisamment compensée par celui-ci. Ainsi, pour le Département de l'Orne, le solde cumulé des « restes à charge » depuis l'instauration de cette allocation s'élevait à près de 249 M€ à fin 2015.

Sur l'élaboration de référentiels en matière de droit à l'APA :

Le rapport relève que plusieurs Départements ont pris des « mesures de maîtrise budgétaire » et mentionne à cet égard, parmi l'éventail des solutions mises en œuvre, l'élaboration de référentiels, dans l'Orne et dans d'autres Départements, « pour établir les plans d'aide et harmoniser les pratiques professionnelles, mais surtout pour plafonner le nombre d'heures ou les montants susceptibles d'être accordés à la personne âgée ».

Dans ce contexte, le Département de l'Orne, à l'instar d'autres Départements, a mis en place un plafonnement des heures d'aide-ménagère à hauteur de 11 heures par mois dans le cadre des plans d'aide de l'APA. J'attire l'attention de la Cour sur le fait que ce plafonnement ne concerne pas les aides humaines directement liées à la perte d'autonomie, qui sont prioritaires dans le cadre de l'APA (aide au lever, au coucher, à la toilette, à la prise des repas…) mais uniquement les aides humaines « complémentaires » telles que l'aide aux courses, à la préparation des repas, les tâches domestiques. Cette précision me semble importante à la bonne interprétation de notre dispositif de maîtrise.

J'insiste également sur le fait que ce plafonnement, depuis l'origine, est conçu pour tenir compte de situations particulières pouvant faire l'objet de dérogations, sur décision de ma part, sur la base de proposition de l'équipe médico-sociale de l'APA, en considération de la situation particulière des personnes âgées : motifs médicaux ou situation d'isolement de la personne âgée, notamment. Par exemple, pour la seule année 2015, 55 dérogations ont été accordées. Elles sont transparentes vis-à-vis de l'Assemblée départementale qui y a accès à tout moment.

Sur la participation personnelle dans le cadre de l'APA :

Le rapport évoque la participation personnelle d'un euro cinquante par heure d'aide à domicile mise en place par le Département de l'Orne à partir de juin 2013.

La mise en place de cette participation personnelle ne s'est pas décidée sans une réflexion préalable approfondie. Elle s'est opérée suite à une concertation avec les services d'aide à domicile autorisés du Département, lesquels ont d'ailleurs perçu une fraction de cette participation : en tant qu'autorité de tarification des services d'aide à domicile, j'ai en effet revalorisé de cinquante centimes leur tarif horaire concomitamment à l'instauration de la participation d'un euro cinquante, ce qui a évité à ces organes, pour certains d'entre eux de déposer leur bilan.

Le dispositif mis en place ne revêt pas de caractère définitif, puisqu'il sera réexaminé lors de la mise en œuvre de la réforme nationale du financement de la dépendance, maintes fois annoncée, et jamais mise en place. Cette réforme promet de procurer aux Départements fragiles des ressources pérennes suffisantes pour faire face au paiement de l'APA. Force est de constater que l'absence à ce jour d'une telle réforme, place les Départements devant la menace permanente d'une exécution de leurs budgets en déficit. Les expédients mis en place par l'État via les fonds de soutien et de péréquation, pour bienvenus qu'ils soient, ne règlent rien. Pas davantage, la récente loi portant adaptation de la société au

vieillissement, dont les impacts financiers directs et indirects restent difficiles à appréhender précisément et aboutiront à des dépenses supplémentaires pour les budgets départementaux.

Confronté, comme les autres Départements, à une trajectoire non soutenable des dépenses sociales, accentuée par le déséquilibre de ses relations financières avec l'État, le Département de l'Orne porte une volonté de maîtrise de ses dépenses de fonctionnement dans tous les domaines : dépenses de personnel (stabilisation en valeur depuis 5 ans, malgré GVT et augmentations décidées par l'État), dépenses liées au fonctionnement courant de la collectivité, dépenses d'intervention. Le principe étant celui de la stabilité en valeur des dépenses.

Les dépenses sociales, qui représentent les deux tiers des dépenses de fonctionnement des Départements, constituent un champ particulier. Comme vous le savez, elles obéissent à des paramètres sociaux-économiques, démographiques ou réglementaires sur lesquels le Département n'a pas ou peu de prise, dès lors notamment que c'est l'État qui détermine le montant des allocations individuelles de solidarité, et leurs conditions d'attribution. Dans ce cadre contraint, le Département de l'Orne a mis en œuvre des mesures de responsabilisation des bénéficiaires et de maîtrise de la dépense afin d'en contenir l'évolution.

L'obligation saine qui est faite au Département que je préside d'équilibrer ses comptes et de voter un budget sincère l'a conduit à des choix gestionnaires responsables pour dépasser un contexte institutionnel déresponsabilisant et néfaste pour les finances des administrations publiques dans leur ensemble, tout comme pour les citoyens. Ces choix, il les assume pleinement, quitte à être en avance sur des évolutions nationales que j'estime inéluctables.

Je considère ainsi que la question de l'éventuelle récupération sur la succession des bénéficiaires, ce qui est un principe de droit commun de l'aide sociale, ne pourra être éludée dans l'avenir pour l'APA, compte tenu des perspectives démographiques et du besoin de financement accru de la dépendance qui en découlera. Dès lors, les mesures sollicitant les patrimoines privés, subsidiairement à la dépense publique, me paraissent devoir être examinées d'urgence et mises en place.

Nos concitoyens Ornais reconnaissent la justesse des motivations profondes qui sous-tendent l'ensemble des mesures mises en application par le Département de l'Orne, soucieux de pouvoir continuer à assumer ses responsabilités envers nos aînés à travers une gestion budgétaire responsable. Ils savent que c'est la meilleure garantie de leur pérennité.

Nous sommes contraints de constater qu'aucune Autorité publique nationale ne nous a jamais communiqué par quel miracle il serait possible d'exécuter un budget en équilibre, avec des dépenses obligatoires en constante augmentation, et des ressources en constante diminution.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU PAS-DE-CALAIS

Ce document de portée générale met en perspective plusieurs sujets qui sont de réelles préoccupations pour le Département du Pas-de-Calais : tension du budget départemental liée à une augmentation des allocations individuelles de solidarité dont l'allocation personnalisée d'autonomie, régime juridique peu contraignant pour une prestation de droit qui ne met pas en jeu l'obligation alimentaire ; régulation nécessaire pour contenir les dépenses d'une allocation qui progresse.

Pourtant, et bien que nos dépenses sociales ne cessent de croître le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes dans de bonnes conditions reste une préoccupation majeure pour le Département du Pas-de-Calais dont la population des plus de 60 ans a augmenté de 50% en 10 ans les plus de 75 ans représentant à eux seuls 190 000 personnes. Cette population qui continuera à croître jusqu'en 2030 et nécessitera que nous puissions adapter nos offres de service en recourant à des actions de prévention en amont de la délivrance des allocations.

Pour mettre en place des actions efficaces, il faudra pourtant aussi contenir le budget alloué à l'APA d'une part, en renforçant le contrôle d'effectivité à domicile, tout comme en Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et d'autre part, en généralisant la télégestion auprès des services d'aide à domicile.

Comme vous l'avez souligné dans votre rapport, le Département que je préside n'utilisera pas des modalités non réglementaires pour maîtriser son budget ; les personnes fragilisées dépendantes ont souvent des ressources plus proches de l'ASPA que du SMIC, et peinent à faire face à leur reste à charge en matière d'APA.

Le Pas-de-Calais, comme vous le savez, a souhaité faire de l'autonomie une priorité continue, tout en favorisant le bien vivre ensemble et l'équité territoriale. L'ensemble des dispositions prises par la collectivité dans le cadre des politiques de l'autonomie s'appuieront donc sur ces engagements.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU VAR

Pour faire suite à votre demande, je souhaite exprimer ma réponse pour publication, conformément aux articles L. 143-10 et R. 143-5 du code des juridictions financières.

Ce rapport s'inscrit dans le cadre de l'enquête associant la Cour et les Chambres Régionales des Comptes annoncée par le Président de la Chambre Régionale des Comptes de PACA, le 3 mars 2014.

Le Département du Var a donc été retenu, ainsi que 19 autres départements, pour cette enquête qui s'est déroulée sur l'année 2014.

Le rapport d'observations définitives arrêté le 2 avril 2015 et communiqué par lettre le 13 avril 2015 par la Chambre Régionale des Comptes est relatif à la gestion du Département du Var pour la période 2009/2014, pour ce qui concerne le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.

La Chambre, après avoir effectué un certain nombre de constats, fait état de la recommandation suivante : « Mettre en place la télégestion pour les allocations gérées en mode prestataire et poursuivre la dématérialisation des procédures afin de renforcer l'effectivité du contrôle ».

Cette recommandation, ainsi qu'il l'a été précisé en réponse à la Chambre par courrier du 16 avril 2015, est une des priorités du Département ; la mise œuvre opérationnelle étant attendue en fin du premier semestre 2016.

Parmi ses constats, la Chambre rappelle toutefois : « une APA qui représente environ 10% du budget départemental (soit près de 100 M € en 2014). Les transferts de ressources nationales ne couvrant qu'environ 30% des besoins, les finances départementales doivent supporter de l'ordre de 70 M € de dépenses par an ».

Le rapport public thématique, dans son chapitre III- A-2, intitulé : « la régulation contrastée des dépenses de maintien à domicile par les départements », cite, le département du Var pour ses actions contribuant à la réduction des montants moyens des plans d'aide, face à l'augmentation du nombre de bénéficiaires.

Face à des marges de manœuvre limitées en matière de fiscalité directe et à la baisse des dotations, le Département a été contraint dès 2010 à réexaminer les plans d'aide des personnes en GIR 4, lors des renouvellements des droits, contribuant par ce moyen, au renforcement du contrôle de l'effectivité de l'aide.

Je souhaite préciser que le réexamen des plans d'aide varois a ciblé les personnes évaluées en GIR 4, pour lesquelles, les renouvellements antérieurs ne s'étaient pas accompagnés d'une évaluation à domicile de leur dépendance.

Ainsi, lors de chaque fin de droits d'un bénéficiaire GIR 4, une réévaluation de la dépendance et des besoins est effectuée au domicile par l'équipe médico-sociale, tenant compte au cas par cas des situations individuelles, sans majoration de reste à charge à leur encontre.

Depuis la mise en œuvre de l'APA, le Département a constitué des équipes médico- sociales se déplaçant au domicile des personnes âgées, comprenant un médecin et un enquêteur administratif. L'évaluation du GIR relève de la compétence exclusive du médecin et l'ouverture des droits des premières demandes, des révisions et des renouvellements d'APA à domicile s'appuie sur cette évaluation.

En outre, le Département a souhaité apporter une réponse spécifique et personnalisée à l'accompagnement social et à la coordination gérontologique des bénéficiaires de l'APA à domicile, par la mise en place d'un service social dédié.

Dans le respect de l'avis des équipes médico-sociales, grâce à l'accompagnement social et à la coordination gérontologique, le Département reste donc vigilant et solidaire pour tenir compte des situations les plus complexes et sensibles y compris pour les personnes dont la dépendance est de niveau GIR 4.

Les moyens déployés par le Département visant à privilégier l'équité de traitement et l'accompagnement social des bénéficiaires de l'APA à domicile, sur l'ensemble des territoires varois ont été maintenus pour la période 2009/2014.

On notera enfin que l'engagement financier du Département au titre de l'APA (95,3 M€ en 2013 et 98 M € en 2014) confirme la place de la politique de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE VAUCLUSE

Plusieurs points concernent le Département de Vaucluse. Vous me demandez de vous adresser la réponse dont je souhaiterais la publication. J'aurais quatre remarques à formuler :

Le constat est également fait de « l'insuffisance d'autres formes de contrôle sur les prestataires, notamment des audits qui pourraient porter sur leur situation financière, leur trésorerie, l'efficacité et l'efficience des services proposés ainsi que la qualité de prestations rendues aux usagers ».

Sur le dernier point, je me dois d'attirer votre attention sur le fait que nos équipes médico-sociales sont très vigilantes à la qualité des prestations rendues aux usagers. Ainsi, sur la base d'un travail en interne développé dès 2005, un partenariat promouvant l'application d'une démarche qualité au sein des services à domicile a été mis en place avec la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) dans le cadre des deux accords cadre (2010-2012 et 2014-2016).

Enfin, les magistrats pointent que « Certains départements (Orne, Vaucluse) ont fait le choix d'élaborer des référentiels APA pour établir les plans d'aide et harmoniser les pratiques professionnelles mais surtout pour plafonner le nombre d'heures ou les montants susceptibles d'être accordés à la personne âgée ».

Le référentiel APA qui a été établi en 2006 avait pour but d'harmoniser les interventions sur le Département pour une plus grande équité de traitement des usagers quel que soit leur lieu de résidence, de recentrer les interventions sur l'aide à la personne car il avait été remarqué que les tâches ménagères étaient trop souvent privilégiées par les bénéficiaires au détriment de l'aide à la personne et de normaliser les montants attribués pour les aides techniques face à une trop grande diversité des tarifs des fournisseurs. Il est exact que la poursuite de ces objectifs a pu avoir pour effet de réduire le montant global des plans d'aide attribués.

Je prends note du satisfecit qui est donné au Département quant à la mise en œuvre du dispositif de télégestion en 2012 qui permet autant un contrôle de l'effectivité de la prestation qu'un suivi de son exécution. Un partenariat avec l'URSSAF est en voie de déploiement pour systématiser le contrôle des prestations APA effectuées en emploi direct.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE DE CLERMONT-FERRAND

Après lecture attentive des extraits de rapport qui m'ont été envoyés, ceux-ci n'appellent aucune remarque complémentaire de ma part.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE DE DIJON

J'ai pris connaissance du rapport public que la Cour des comptes souhaite prochainement publier sur le thème du maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et pour lequel la Ville de Dijon et son Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) ont pu être sollicités.

Les quelques extraits présentés exposent de façon explicite les différentes problématiques gérontologiques auxquelles la société doit faire face, en terme de politique de maintien à domicile et de prise en charge de la dépendance, dans un contexte budgétaire contraint pour les collectivités.

Bien que l'action sociale des communes en faveur des personnes âgées soit, pour l'essentiel, d'ordre facultatif, le CCAS de Dijon s'est depuis de nombreuses années très largement positionné sur ce secteur pour agir en faveur de la prévention de la perte d'autonomie et du maintien à domicile. La Ville a fait le choix de s'impliquer activement dans tous les domaines où il importait de garantir aux seniors dijonnais un accueil, un accompagnement et une offre de service de proximité accessibles au plus grand nombre.

Si le développement de ces services s'est naturellement opéré en bonne intelligence avec le secteur associatif, voire le secteur privé lucratif, je ne puis pour autant partager la mention au chapitre III-I-B indiquant que le CCAS de Dijon aurait limité ses interventions directes dans ce domaine, considérant que le tissu local pouvait répondre aux besoins des personnes âgées.

Le CCAS n'a aucunement reculé sur les prestations à domicile directes au profit d'acteurs locaux associatifs ou privés et demeure bien présent partout où la demande existe, en cohérence avec la politique municipale en faveur des aînés.

Je me permettrai de citer ces quelques exemples de services concourant directement au maintien à domicile :

- *le service des repas à domicile, qui connaît au demeurant depuis l'année dernière, une nouvelle croissance ;*
- *le service social gérontologique, qui assure, grâce à 12 travailleurs sociaux, le suivi social des seniors dijonnais, y compris celui des bénéficiaires de l'APA ;*
- *la maison des seniors, siège de l'Observatoire de l'âge et dont l'activité augmente régulièrement, organise un accueil de proximité, informe et lutte contre l'isolement, une des causes principales de la perte d'autonomie ;*
- *l'Escale d'Alembert, centre de jour avec restauration et sorties collectives et le centre d'accueil de jour « les Marronniers » pour personnes âgées malades Alzheimer poursuivent l'accueil du public âgé vivant à domicile et nécessitant un accompagnement.*

L'organisation des services s'est positivement adaptée à la transition démographique en répondant aux besoins identifiés sur le territoire et aux travers des travaux des instances municipales participatives telles que l'Observatoire de l'âge, dans le respect d'une politique municipale engagée dans la démarche ville amie des aînés.

Ce qu'il faut donc surtout retenir de la politique municipale dijonnaise, c'est la volonté, au-delà de la seule gestion d'une offre de service, de développer une vision prospective, structurée et partagée avec les acteurs locaux autour des adaptations à mettre en œuvre pour le maintien de la qualité de vie à tout âge.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE DE MONTBÉLIARD

Je vous confirme que je n'ai pas de remarque à formuler sur les extraits de ce rapport.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE DE VALENCE

Le parti pris de notre contribution : témoigner de manière concrète des difficultés et propositions d'un SSIAD intervenant dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.

Cette contribution puise ses sources d'une part sur le retour d'expérience des encadrants du SSIAD de la Ville de Valence géré par le CCAS et d'autre part sur les conclusions d'une étude menée en interne portant sur les missions, l'organisation et le fonctionnement du service. 4 pistes d'amélioration ont ainsi été mises en évidence :

1. La poursuite des efforts en faveur de l'individualisation des prises en charge

Chaque personne possède des caractéristiques qui lui sont propres et qui nécessitent de ce fait une prise en charge individualisée. Celle-ci est définie par l'infirmière coordinatrice (IC) lors de la première visite à domicile. La principale difficulté rencontrée réside dans le degré de personnalisation du service apporté, par exemple dans la nécessité de tenir compte des contraintes horaires des patients qui fréquentent les accueils de jour, ou dans l'adaptation du temps de soin aux pathologies et dégénérescences cognitives. La seconde est de trouver un équilibre avec les conditions de travail des agents (horaires des tournées, organisation du travail les week-ends et jours fériés).

Des améliorations sont jugées particulièrement nécessaires si l'on a affaire à des personnes très dépendantes ou en fin de vie, avec des questions de fond portant sur les limites de l'intervention du SSIAD. La mise en place de binômes aide-soignante / auxiliaire de vie pourrait faire partie des propositions, ce qui renvoie au thème de la coordination (cf. infra*), voire à la constitution de services polyvalents d'aide et de soins à domicile. Une autre piste concernerait l'accès pour les SSIAD aux interventions de personnels « ressources » spécialisés (psychomotricien, ergothérapeute…). Les aides-soignants et les infirmières ont également la conviction qu'il est indispensable de dépasser la simple exécution des actes prescrits et d'aller vers plus d'écoute et de mobilisation pour permettre aux personnes de vivre mieux et plus longtemps chez elles.*

Enfin, plus de temps d'infirmière coordinatrice permettrait de réduire le délai de réévaluation des situations, et donc d'ajustement de la prise en charge, lorsque l'un des intervenants signale une évolution de la situation de la personne. Se pose alors la question de la limite de l'intervention du SSIAD et de la difficulté à passer le relai à des

partenaires qualifiés et disponibles lorsque les situations sociales sont inquiétantes, que des conditions d'intervention du SSIAD acceptables ne sont plus réunies, que l'intervention de l'infirmière dépasse son champ de compétence.

2. Le renforcement de la coordination des interventions

Le SSIAD effectue un travail de coordination, assuré par une IC. A l'instar de l'individualisation des prises en charge, cette coordination contribue fortement à la qualité du service rendu. Les obstacles à cette coordination - tant en interne qu'avec les différents acteurs de santé sur le territoire (infirmières libérales, HAD, hôpital,…) - sont de différentes natures : manque de temps disponible, disparité des méthodes de travail, difficultés dans le partage des informations.

Pour renforcer la coordination des interventions, un SSIAD se doit d'agir sur plusieurs leviers, le partage d'informations étant considéré comme un axe de progrès primordial.

Le premier d'entre eux pourrait être de définir des temps de réunion entre les différents acteurs de la prise en charge. Dans les faits, la mise en œuvre de cette préconisation est difficile compte tenu de la multiplicité des intervenants et du manque de disponibilité de la plupart d'entre eux.

Outre les temps de réunion évoqués ci-dessus, il est possible de mettre en place des systèmes d'information facilitant la cohérence et la continuité des interventions. Les principales fonctions attendues sont le partage du dossier de suivi des soins, l'accès au planning des interventions et la gestion des transmissions et alertes ciblées. La fiabilité et la sécurité des données, l'utilisation de matériel adapté à la mobilité (smartphones, tablettes) et la formation du personnel sont des conditions de réussite identifiées.

Le SSIAD de Valence a ainsi récemment équipé les soignants de tablettes tactiles qui favorisent la traçabilité en temps réel des transmissions des soignants et l'accès permanent à l'ensemble des informations indispensables pour un suivi efficient du patient. Le logiciel utilisé regroupe l'ensemble des informations utiles aux personnels SSIAD (aides-soignants, IC). L'expérience est positive et le fonctionnement global apprécié. On pourrait néanmoins imaginer dans une seconde étape pouvoir partager les informations avec l'ensemble des intervenants au domicile : l'interopérabilité des systèmes des différents acteurs pourrait en effet être un axe de progrès majeur, à condition toutefois d'avoir une possibilité technique de classer les informations en fonction de leur degré de confidentialité. À noter que sur les questions

d'interopérabilité, l'association EDESS de standardisation des échanges d'information dans le secteur médico-social lance prochainement une enquête, à laquelle les SSIAD pourraient participer.

3. L'attention particulière accordée au matériel

La mise en place de matériel adapté au domicile du patient est une des conditions d'une prise en charge de qualité. Les difficultés rencontrées couvrent une certaine diversité de situations : absence du matériel nécessaire au domicile, matériel restant au domicile alors que cela n'est plus justifié par l'état de la personne, matériel abimé ou inadapté, difficulté d'utilisation par manque de formation, etc. Cette dimension logistique des prises en charge est parfois sous-estimée.

Plus de fluidité dans le processus d'évaluation du besoin en matériel, de prescription, de commande, de suivi est nécessaire. Ceci passe par du temps d'IC bien sûr, mais également par une plus grande réactivité des autres maillons de la chaîne : médecin traitant, fournisseur, aidant familial. Une meilleure information des familles est indispensable, dès le début de la prise en charge. Le SSIAD de Valence a ainsi élaboré un document à remettre aux familles dès le premier contact, afin d'expliquer simplement et sommairement quels matériels peuvent être nécessaires pour le bien-être du patient, mais aussi du soignant. La formation des personnels à l'utilisation du matériel est également une piste d'amélioration.

À plus long terme, l'opportunité de la participation des SSIAD à un projet d'économie circulaire des aides techniques (achat, mise à disposition et recyclage) pourrait être examinée.

4. La prise en compte des ressources humaines

Être en capacité d'assurer une prise en charge de qualité d'une personne âgée en perte d'autonomie demande l'intervention de personnels compétents, formés, motivés.

Quels que soient les acquis de la formation initiale, l'importance de la formation continue est soulignée, pour améliorer le service rendu, prévenir les risques professionnels. En particulier, les formations à la maîtrise du matériel disponible chez le patient et une remise à niveau annuelle concernant les gestes et postures sont nécessaires. Les séances d'analyse de la pratique sont également considérées comme très utiles.

La cohésion d'équipe passe par l'organisation régulière de temps de réunions favorisant concertation et partage, mais aussi par la mise en place de conditions de travail favorables, prenant en compte les problématiques concrètes rencontrées au quotidien par les soignants

(transport, stationnement, relations avec les usagers). Si aider autrui est le plus souvent gratifiant, il n'en demeure pas moins que le personnel est exposé aux risques du métier (stress, anxiété, lombalgies, sciatiques, épuisement professionnel, ...), avec des conséquences qui peuvent être lourdes pour le service rendu, la santé des agents et les équilibres budgétaires. La question de la sécurité des agents qui interviennent dans les quartiers sensibles mérite également d'être approfondie, pour mieux évaluer le risque professionnel et identifier les mesures préventives adéquates.

La prise en compte de l'ensemble de ces facteurs de risques est indispensable dans l'organisation globale d'un SSIAD.

⁂

Individualisation des prises en charge, coordination des interventions, gestion du matériel, ressources humaines : sur chacun de ces points, l'État pourrait avoir un rôle à jouer, que ce soit à travers

- *l'évolution des règles de financement,*
- *la facilitation du partage des informations entre services sociaux, médico-sociaux et sanitaires,*
- *la mise en place d'un personnel dédié au suivi des problématiques sociales et difficultés des aidants lorsque la prise en charge atteint ses limites,*
- *l'évolution des budgets de personnel et de formation.*

RÉPONSE DE LA DIRECTRICE DU CENTRE HOSPITALIER D'EXCIDEUIL

Je souhaitais porter à votre connaissance que je n'ai pas d'observation à formuler.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION SAINT-JEAN À PÉRONNE

Je n'ai aucune modification ou remarque à apporter.