

EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2013 –

**« L'allocation personnalisée d'autonomie :
Enjeux et perspectives de la mise en œuvre territoriale
d'un dispositif national »**

– Groupe n° 7 –

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| – COME Anne-Lise (DESSMS) | – LAMPIN Marianne (AAH) |
| – DEMENET Nicolas (IASS) | – LE SAULNIER Mickaël (IASS) |
| – FAVRE Vincent (DH) | – NAZE Jean-Marie (DESSMS) |
| – HANN Christiane (DESSMS) | – SAVARY Sébastien (AAH) |
| – JOLY Caroline (DS) | |

Animateurs :

- **CAMPEON Arnaud**
- **LE BIHAN Blanche**

Sommaire

Introduction	1
I. L'APA : UN DISPOSITIF TERRITORIALISE, RESULTAT D'UN CHANGEMENT D'ORIENTATION DES POLITIQUES NATIONALES A DESTINATION DES AINES.....	5
A. Les hésitations des pouvoirs publics pour concevoir un dispositif cohérent et ambitieux.....	5
1. Des politiques tournées vers l'insertion sociale des personnes âgées	5
2. Depuis la fin des années 90, apparition de nouvelles réponses en matière de perte d'autonomie.....	6
3. La nécessité d'une politique harmonisée au service de l'autonomie	8
B. L'allocation personnalisée d'autonomie, un dispositif plus souple.....	10
1. Une réforme qui tente de renforcer l'assistance aux aînés en perte d'autonomie..	10
2. Une prise en compte de la spécificité des besoins de chacun	13
3. Un dispositif « hybride » entre difficultés conjoncturelles et ajustements structurels	15
II. Des pistes de réforme justifiées par l'accentuation des difficultés rencontrées par les départements	17
A. Un dispositif qui connaît dès sa création une montée en charge rapide et une mise en œuvre confrontée à la réalité	17
1. Un financement sous tension qui entraîne des différences de traitement.....	17
2. Un outil d'évaluation au service de l'équité présentant des faiblesses	20
3. Des ressources humaines médicales difficiles à mobiliser.....	21
B. Des perspectives de modernisation qui tendent vers une nouvelle logique d'adaptation de la société au vieillissement.....	22
1. Adapter le système de financement.....	23
2. Adapter les gouvernances nationales et territoriales	24
3. Adapter la société au vieillissement	25
Conclusion	29
Bibliographie.....	31
Liste des annexes.....	I

Remerciements

A Madame Blanche LE BIHAN et à Monsieur Arnaud CAMPEON

Animateurs de notre groupe.

Nous vous remercions de votre soutien, de votre accompagnement, de vos conseils pour l'élaboration de ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude.

A l'ensemble des professionnels et acteurs institutionnels d'Ille-et-Vilaine et du Finistère, qui nous ont reçus en entretien.

Nous vous remercions de votre accueil, de votre disponibilité et de vos informations qui nous ont permis d'appréhender le dispositif de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie dans son approche territoriale.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

Nous remercions également toutes les personnes qui ont participé d'une manière ou d'une autre au bon déroulement de ce module interprofessionnel.

Liste des sigles utilisés

ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
ADF	Assemblée des Départements de France
ADMR	Aide à domicile en milieu rural (association)
AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes iso-ressources
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDAS	Centre départemental d'action sociale
CESU	Chèque emploi-service universel
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESMS	Etablissements sociaux et médico-sociaux
GIR	Groupe iso-ressources
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
MDA	Maison départementale de l'autonomie
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PSD	Prestation spécifique dépendance
SAD	Service d'aide à domicile
SROMS	Schéma régional d'organisation médico-sociale
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile

Introduction

Avec près de 1,2 millions de bénéficiaires au 31 décembre 2011¹, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) constitue une mesure emblématique de la politique de prise en charge de la dépendance² en France. Créée par la loi du 20 juillet 2001³, l'APA fait suite à la prestation spécifique dépendance (PSD) instituée quatre ans auparavant. Elle avait vocation à corriger les carences de cette dernière. Ce nouveau dispositif, financé conjointement par l'Etat et les départements, est cependant victime de son succès. En effet, l'accroissement important du coût de l'APA, constaté depuis plusieurs années, couplé aux prévisions d'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes d'ici 2030, remettent en question la pérennité du dispositif. Aussi, au travers de la question de la réforme de l'APA, c'est toute la « politique dépendance » de l'Etat qu'il est aujourd'hui nécessaire de repenser.

L'APA représente, dans le contexte plus global de la dépendance, 5 milliards d'euros environ par an dont 70 % sont couverts par les conseils généraux et 30 % par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Ce dispositif, élément de la dépense publique en faveur des personnes âgées, est estimé à 23 milliards d'euros soit 1 à 1,3 % du PIB. A cela doit s'ajouter la prise en charge privée via l'assurance qui ne concerne que 26 % environ des personnes de plus de 60 ans. La population de 80 ans et plus, de 3 millions en 2007 (5 % de la population) atteindrait 6 millions en 2035 puis 8,4 millions en 2060 (11 % de la population). L'enjeu social et financier est donc majeur⁴.

Il n'est toutefois pas possible de résumer la politique nationale en faveur de l'autonomie des personnes âgées à cette seule prestation. De nombreux autres dispositifs et programmes s'inscrivent dans la problématique plus globale de la prise en charge de la dépendance. Il s'agit, entre autres, de mesures de soutien à l'emploi dans les services d'aide ou de soins à domicile, de la création de places dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), de la mise en œuvre du plan Alzheimer ou du développement des contrats d'assurance privée.

Pour autant, il convient de souligner que la « politique dépendance » française demeure relativement récente, la notion de « dépendance » n'ayant été définie légalement

¹ CNSA, *Rapport d'activité 2011*, p. 50

² Les termes « dépendance », « autonomie », et « pertes d'autonomie » sont utilisés indifféremment dans le texte afin d'éviter de trop nombreuses redites bien qu'ils aient des définitions différentes.

³ Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

⁴ LE BIHAN Blanche, « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France. Vers la création d'un cinquième risque ? » *Informations sociales*, n° 157, 2011.

qu'en 1997, lors de la création de la PSD. Les débats qui ont entouré l'élaboration de la loi du 20 juillet 2001 ont marqué l'émergence d'une réelle prise de conscience sociétale sur la problématique de la dépendance, jusqu'alors cantonnée à la sphère familiale.

« Le choix des termes n'est, bien sûr, pas neutre. Alors que le concept de dépendance renvoie aux déterminations qui entravent la capacité à vivre de manière autonome, celui d'autonomie renvoie au contraire aux espaces de liberté qu'il faut constamment préserver, conquérir, élargir. Le terme personnalisé renvoie au fait que si le droit à la prestation doit être pour tous le même, sa mise en œuvre doit être clairement adaptée à chaque personne au travers du plan d'aide individualisé » (Rapport Sueur, 2000).

En instituant l'APA, le législateur a voulu répondre à des objectifs aussi ambitieux que variés, en lien avec les changements de la cellule familiale et de la précarisation des situations de nombreuses personnes âgées. L'APA ne se résume pas à une simple prestation de solvabilisation pour les bénéficiaires démunis. En effet, il s'agit d'un dispositif hybride qui permet également aux usagers d'être accompagnés par des professionnels des services des conseils généraux pour l'évaluation de leurs besoins et la définition de leur plan d'aide individualisé.

Sur la base de ce nouveau dispositif, l'Etat souhaite assurer aux personnes âgées un vieillissement dans la dignité⁵, en leur conférant les moyens nécessaires à la compensation du surcoût provoqué par leur perte d'autonomie et en les aidant à organiser l'aide quotidienne la plus adaptée.

L'APA s'inscrit, ainsi, dans le sillon des politiques publiques à destination des aînés, en encourageant le maintien à domicile⁶, jugé moins coûteux et plus adapté aux besoins des usagers souhaitant rester dans leur environnement le plus longtemps possible. Par ailleurs, le dispositif, élargissant le nombre de bénéficiaires, vise à stimuler la création d'emplois dans le secteur des services d'aide à domicile, dans un contexte de fort chômage.

Enfin, conçue comme universelle et plus généreuse par le législateur, l'objectif de l'APA était de garantir un traitement équitable de la dépendance sur l'ensemble du territoire national, palliant de fait les faiblesses identifiées de la PSD⁷. Si le dispositif bénéficie d'un cadre national relativement strict, sa mise en œuvre est, elle, dévolue aux départements qui interviennent en leur qualité de « chefs de file »⁸ de l'action sociale. Ces derniers assurent l'essentiel du financement de la prestation et disposent d'une certaine

⁵ SUEUR Jean-Pierre, *L'aide personnalisée à l'autonomie : un nouveau droit fondé sur le principe d'égalité*. Mai 2000.

⁶ LAROQUE Pierre, *Rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse*. 1962

⁷ SUEUR Jean-Pierre, *op. cit.*

⁸ LAFORE Robert, « La décentralisation de l'action sociale. L'irrésistible ascension du département providence », *Revue française des affaires sociales*, 2004/4, page 17

marge de manœuvre pour mettre en place l'APA sur leur territoire. Ce choix d'une intervention territorialisée est présent dès le projet de loi relatif à l'APA dans l'optique d'une gestion de proximité. La territorialisation de l'action publique s'entend ici comme « un effort de spatialisation, synonyme de contextualisation »⁹.

Toutefois, si les conseils généraux soulignent l'étroitesse de l'appréciation laissée à leur discrétion, force est de constater qu'il existe des disparités importantes entre territoires¹⁰.

À cet égard, il y a donc un intérêt particulier à concentrer la présente étude sur l'analyse de l'allocation personnalisée d'autonomie et, plus précisément, à l'examen des enjeux territoriaux liés à cette prestation. Loin de conduire à une approche restrictive de la perte d'autonomie, étudier l'APA, dispositif majeur de la prise en charge de la dépendance, nous amènera aussi, du fait de sa transversalité, à aborder de nombreux autres thèmes qui lui sont attachés : celui du financement de la dépendance, son impact sur l'emploi dans le secteur social et médico-social.

Dans un contexte de décentralisation, la mise en œuvre territoriale de l'Allocation personnalisée d'autonomie, dispositif national, permet-elle de répondre à l'ensemble des objectifs affichés par le législateur ?

Cherchant à combiner la réponse aux besoins et la maîtrise des dépenses, la définition d'une politique de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie s'est progressivement orientée vers une forme d'universalité avec la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (I).

Le dispositif de l'APA, mis en place en 2001, a rapidement présenté des limites au vu des projections démographiques, des perspectives financières et des disparités territoriales, ce qui incite depuis plusieurs années les pouvoirs publics à envisager une nouvelle réforme (II).

⁹ PASQUIER Romain, GUIGNER Sébastien et COLE Alistair, *Dictionnaire des politiques territoriales*, Editions SciencesPo Les Presses, p. 475. 2011.

¹⁰ Ce constat ressort des enquêtes trimestrielles menées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur le thème de l'APA

Afin de mener ce projet, une méthodologie a été définie préalablement. Le groupe s'est approprié le sujet sur la base d'une analyse de la littérature : textes normatifs, études, rapports, ouvrages et revues. Une consultation de différents sites internet a été également réalisée. L'ensemble des recherches a permis le recueil de données afin de comprendre les caractéristiques du dispositif de l'APA. Des entretiens ont été réalisés auprès des acteurs professionnels de deux départements, l'**Ille-et-Vilaine** et le **Finistère**, afin d'analyser l'impact du contexte local dans la mise en œuvre du dispositif. Les propos recueillis nous ont permis d'expliquer et d'éclairer notre analyse.

Chiffres clés des deux départements étudiés	
Finistère (29)	
Population	897 628 ¹¹
Part des plus de 60 ans	24,5 %
Bénéficiaires de l'APA	18 796 ¹²
<i>dont</i> - GIR 1	3 %
- GIR 2	18 %
- GIR 3	24 %
- GIR 4	55 %
Budget APA (% du budget global)	83 millions € (8,1 %) ¹²
Ille-et-Vilaine (35)	
Population	988 140 ¹¹
Part des plus de 60 ans	20 %
Bénéficiaires de l'APA	16 413 ¹³
<i>dont</i> - GIR 1	2 %
- GIR 2	15 %
- GIR 3	24 %
- GIR 4	59 %
Budget APA (% du budget global)	77 millions € (6,2 %) ¹³



¹¹ Données 2010 INSEE

¹² Données 2012 du conseil général du Finistère

¹³ Données 2011 du conseil général d'Ille-et-Vilaine

I. L'APA : UN DISPOSITIF TERRITORIALISÉ, RESULTAT D'UN CHANGEMENT D'ORIENTATION DES POLITIQUES NATIONALES A DESTINATION DES AINES

Les politiques publiques à destination des personnes âgées longtemps considérées insuffisantes (A) ont conduit à l'instauration de l'APA, dispositif plus souple et territorialisé (B).

A. Les hésitations des pouvoirs publics pour concevoir un dispositif cohérent et ambitieux

1. Des politiques tournées vers l'insertion sociale des personnes âgées

Jusqu'au début du 20^{ème} siècle, les « vieillards », terme utilisé à l'époque, sont généralement pris en charge par la famille. Des inégalités sociales fortes existent entre eux. La loi du 14 juillet 1905 prévoit pour la première fois l'assistance publique aux vieillards sans ressources. De nombreux dispositifs de retraites se succèdent avec le temps (de 1853 à 1949), notamment avec la création de la branche vieillesse de la Sécurité Sociale en 1945, pour finir par couvrir l'ensemble de la population active en 1956. Avec le rapport Laroque publié en 1962, la politique de la vieillesse sort du champ de l'assistance. L'insertion sociale des personnes âgées devient l'objectif principal. Ce rapport institue la notion de « personnes âgées » basée sur l'âge légal de départ à la retraite, 65 ans à l'époque. Les priorités portent sur la consolidation d'un véritable droit à pension pour la vieillesse misérable, le développement du maintien à domicile et la participation à la vie sociale des personnes âgées.

La genèse hésitante d'une politique en faveur des personnes âgées

La dépendance devient un problème public en France depuis 1986. En effet, les réponses apportées semblent inadaptées¹⁴. Les propositions entre 1986 et 1996 se font autour de deux axes : la solvabilisation des personnes âgées et une meilleure organisation de l'offre de services. Concernant ces deux axes, des pistes de réformes sont définies.

L'idée est de concevoir une prestation spécifique, distribuable rapidement et au moins égale à l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP). Elle serait soumise à condition de ressources et modulable en fonction du niveau de dépendance nécessitant une grille nationale d'évaluation. Deux préconisations sont faites à ce niveau : soit une

¹⁴. BRAUN Théo et STOURM Michel, *Rapport « Les personnes âgées dépendantes »*. 1988.

prestation en nature, plus contrôlable, soit une prestation en espèces. Demeure ici une logique d'aide sociale, en ce sens qu'elle est individuelle et subsidiaire. En parallèle, est envisagé le développement d'un système d'assurance privée qui pourrait compléter la réponse publique. Que ce soit dans le rapport Braun ou Schopflin¹⁵, l'option assurantielle obligatoire n'est pas évoquée ou très peu.

L'amélioration des conditions d'hébergement, la diversification de l'offre, une meilleure coordination des interventions sont autant d'axes destinés à assurer une meilleure organisation de l'offre de service. De plus, une coordination locale, rôle central des conseils généraux, voire micro-locale, coordinateur de proximité, est envisagée.

Le choix retenu a été celui de l'expérimentation puisqu'une des principales difficultés demeure le financement. Ainsi, des expérimentations sur sites voient le jour, suivies d'évaluation dans un objectif de généralisation nationale. Ceci suppose la mobilisation des acteurs locaux, eux-mêmes soucieux de réformer le système de prise en charge existant. L'Etat joue donc un rôle incitatif en fixant les grands principes et laisse aux collectivités locales le soin d'inventer un dispositif. Ceci fait suite aux lois de décentralisation de 1983 ainsi qu'à la transformation des besoins avec la crise de l'Etat providence. Le choix est donc fait de laisser le territoire participer largement à la définition de l'action publique.

Enfin, en termes d'emploi, préoccupation des élus départementaux, l'enjeu est de taille car il doit se concilier avec la satisfaction des besoins, préoccupation des opérateurs de terrain. L'expérimentation révèle en fait un développement de la précarité plutôt que le développement de l'emploi. En effet, nombre de pseudo-emplois voient le jour, considérés comme sous-qualifiés, sous-rémunérés et sous-protégés. Le marché de l'emploi constate en fait une déstabilisation des emplois qualifiés existants.

2. Depuis la fin des années 90, apparition de nouvelles réponses en matière de perte d'autonomie

Au vu du vieillissement de la population, le besoin de mettre en place un financement des différents dispositifs destinés à la prise en charge des personnes âgées est apparu. Des prestations en espèces leur sont également attribuées.

¹⁵ SCHOPFLIN Pierre, Commissariat général au Plan. *Rapport de la commission « dépendance et solidarités - Mieux aider les personnes âgées »*. 1991.

Une réforme transitoire instituant un dispositif a minima

En 1997, la PSD¹⁶, promesse du candidat Chirac, introduit la distinction entre le handicap et la vieillesse. La PSD a été mise en place dans la précipitation. En effet, les annonces répétées de l'imminence de la loi ont déstabilisé les expérimentations territoriales menées alors. Elle est présentée comme une réforme transitoire instituant un dispositif a minima : une « loi en attendant la loi »¹⁷. La PSD a suscité des inquiétudes sur les risques d'iniquités territoriales inhérentes au dispositif choisi. Elle a suscité de vives hostilités de la part des professionnels¹⁸, concernant les pertes financières générées lors du passage de l'ACTP et de l'aide-ménagère à la PSD, la réduction de l'aide en nature apportée par les départements, et le faible nombre de bénéficiaires concernés. En effet, en 1998, elle couvrait 15% des personnes éprouvant un besoin d'aide et seulement 20% des personnes les plus dépendantes¹⁹. Ainsi, cette prestation, au montant modeste, écarte une proportion non négligeable de personnes âgées, sur la base de critères de ressources. Elle ne règle pas non plus la situation des personnes à dépendance moyenne, celles du GIR 4, exclues de la PSD. Au total, il existe une somme d'exclusion dans l'accès à cette prestation par le niveau de dépendance faible et moyen, par les seuils de ressources très bas et par les perspectives de récupération sur succession.

Toutefois, la PSD a permis d'introduire la problématique du plan d'aide et de la meilleure coordination de son suivi. Par exemple, en Ille-et-Vilaine, dans le cadre de la convention PSD, l'accompagnement social est attribué aux équipes médico-sociales. Or, il existe un désaccord entre les conseils généraux, et les travailleurs sociaux des caisses refusant de réaliser des contrôles d'effectivité.

Un arsenal législatif disparate essayant de répondre aux besoins des personnes âgées

Ces deux dernières décennies, plusieurs lois ou plans ont vu le jour avec des objectifs variés : maintien de la personne âgée à domicile, placement en établissement, volonté d'améliorer son état de santé, parcours de soins.

La loi du 30 juin 2004²⁰ relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées prévoit l'amélioration et le développement des aides au

¹⁶ Elle prévoit une aide financière aux personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans et sous conditions de ressources. Cette prestation, versée par le conseil général, est destinée à financer les aides à la vie quotidienne qu'entraîne la dépendance à domicile ou en établissement

¹⁷ MARTIN Claude, « Les politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes », *Travail, Genre et Sociétés*, n° 6, 2001.

¹⁸ COMITE NATIONAL DES RETRAITES ET PERSONNES AGEES, *Livre Noir de la PSD*, CNRPA. 1998.

¹⁹ Enquête « handicap-incapacité-dépendance », 1998

²⁰ Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

maintien à domicile, et la diversification de l'offre en établissement. Suite à cette loi, une nouvelle législation crée les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), outil de programmation régionale organisant l'offre de prise en charge et d'accompagnement de ces populations cibles²¹.

En 2006, le plan de « solidarité grand âge »²² vise à améliorer la prise en charge d'un nombre croissant de personnes âgées avec plusieurs mesures importantes : le développement des places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et d'hospitalisation à domicile (HAD), la reconnaissance du droit au répit pour les aidants.

Un volontarisme inédit dans la mise en œuvre territoriale de la coordination gérontologique

Ces dispositifs viennent compléter le maillage territorial des centres locaux d'information et de coordination (CLIC), structures labellisées²³, créées en 2000²⁴ dans un souci de coordination de l'offre. La loi APA a non seulement offert la possibilité de percevoir une allocation pour les personnes âgées dépendantes mais a aussi reconnu le dispositif des CLIC. Leur travail de guidage et d'évaluation, de suivi du plan d'aide et de coordination des interventions professionnelles sont entérinés. Paradoxalement, ce sont les institutions locales qui ont le plus tôt adhéré à cette coordination gérontologique qui ont connu le plus de difficultés. Par exemple, en Ille-et-Vilaine, le conseil général n'a pas tout de suite souhaité pérenniser l'organisation existante. Il incombait alors aux équipes médico-sociales de coordonner les aides, et aux comités d'observation de la dépendance et de médiation (CODEM) de concevoir les projets.

3. La nécessité d'une politique harmonisée au service de l'autonomie

L'objectif d'une meilleure coordination sur le terrain

En avril 2012, un comité de pilotage sur le thème « Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie » a proposé l'amélioration et la mise en œuvre d'une coordination solide entre les secteurs sanitaire, médico-social et libéral.

L'objectif de fixer une ligne directrice dans les politiques liées au vieillissement a pour but d'harmoniser les pratiques et de répondre aux besoins de chacun. En effet, dans

²¹ Article L.312-5-1 CASF

²² BAS Philippe, Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, *Plan solidarité-Grand âge*, juin 2006.

²³ L'intérêt du label CLIC réside avant tout dans l'obtention de ressources extérieures

²⁴ Circulaire DAS-RV2 n° 2000/310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

un contexte de forte territorialisation de l'APA, les risques d'inégalités sont importants. L'évolution de l'évaluation de la dépendance a amené à la mise en place d'un outil national : la grille AGGIR.

Un acteur incontournable : la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

L'Etat est lié à la CNSA par une Convention d'Objectif et de Gestion. La CNSA « contribue au financement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire ». L'Etat lui a délégué des fonctions étendues, ce qui pose le problème du rôle qu'il souhaite conserver, car il ne dispose pratiquement plus de moyens budgétaires pour agir financièrement sur la prise en charge des personnes âgées²⁵. La CNSA se voit confier la répartition et la gestion de l'enveloppe médico-sociale votée par le Parlement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale et des ressources supplémentaires créées pour financer l'aide aux personnes handicapées et aux personnes âgées dépendantes. Elle gère également le mécanisme de péréquation nationale instauré lors de la création de l'APA. La mise en place de cette nouvelle entité apparaît donc principalement comme un moyen de remédier à des problèmes de coordination et de pilotage.

La CNSA constitue une ouverture vers un dispositif défendu par certains au moment de la réflexion sur le type de politique à mener en faveur des personnes âgées dépendantes dans les années 1980-90 : le système assurantiel, option qui semblait cependant abandonnée²⁶. La création d'une caisse, fait référence au vocabulaire de la Sécurité Sociale. Lors des travaux préparatoires de l'APA, l'idée avait été lancée de faire gérer cette prestation uniquement par la Sécurité Sociale afin de créer un "5ème risque"/ "5ème branche" de la Sécurité Sociale pour la dépendance des personnes âgées. La notion de contribution sociale et le principe de financement par l'intermédiaire d'un jour férié, renvoie également au dispositif d'assurances sociales sur lequel est basée la Sécurité Sociale. Il en a été différemment puisque le fonctionnement de la caisse reproduit et accentue le mélange de logiques déjà en œuvre : la caisse n'apporte qu'une centralisation des décisions de répartition de financements hétérogènes et sur une partie seulement de ces

²⁵ COUR DES COMPTES, *Rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés « Les personnes âgées dépendantes »*, Novembre 2005.

²⁶ LE BIHAN Blanche, « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France. Vers la création d'un cinquième risque ? », *Informations sociales*, n° 157, 2011.

financements. Ainsi, comme l'APA, l'organisation administrative et financière de la CNSA est hybride²⁷.

Malgré un arsenal législatif évolutif depuis de nombreuses années visant à mettre fin aux disparités territoriales, sources d'inégalités entre individus, l'objectif n'a pas été atteint. Dans ce contexte, l'APA, dispositif plus souple et hybride, a modifié le processus de prise en charge de la personne âgée dépendante.

B. L'allocation personnalisée d'autonomie, un dispositif plus souple

1. Une réforme qui tente de renforcer l'assistance aux aînés en perte d'autonomie

Un dispositif universel

L'APA est entrée en vigueur le 1er janvier 2002, intégrée au Code de l'action sociale et des familles (CASF) à l'article L 232-1 : « *Toute personne âgée, résidant en France, qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental, a droit à une allocation permettant une prise en charge adaptée à ses besoins.* » Une des orientations principales de cette loi est de mettre en œuvre un droit universel et objectif : elle est ouverte à toutes les personnes âgées dépendantes ayant besoin d'un soutien de la collectivité²⁸. Elle est définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national en lien avec le degré de dépendance (GIR 1 à 4) et selon des conditions d'accès et des montants maximums fixés par voie réglementaire. Cette prestation est cependant décentralisée dans sa gestion puisque c'est le président du conseil général qui fixe les différents tarifs des prestataires²⁹. Elle permet de répondre aux besoins des personnes âgées de plus de 60 ans qui nécessitent une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne ou dont l'état nécessite une surveillance régulière. Ainsi, l'APA est une prestation décentralisée, permettant de répondre à l'objectif d'une gestion de proximité³⁰ selon un barème national³¹. Le montant de la prestation³², 1 304 € en GIR 1 et 559 € en GIR 4, est calculé

²⁷ HUTEAU Gilles, La prise en charge sociale de la dépendance des personnes âgées: vers une cinquième branche de la protection sociale ?

²⁸ Projet de loi relatif à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, 7 mars 2001.

²⁹ KESSLER, Francis. « L'allocation personnalisée autonomie : une nouvelle prestation ? (commentaire de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001). » *Revue de Droit Sanitaire et Social Editions Dalloz*, 2001, p.663.

³⁰ Projet de loi relatif à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, *op. cit.*

³¹ WANECQ Thomas. « La dépendance: les enjeux de la création d'un "cinquième risque" », *Les politiques sociales*, PUF, 2010.

³² Site du ministère des affaires sociales et de la santé : <http://www.social-sante.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/1-allocation-personnalisee-d,1900/>

en fonction des niveaux de dépendance et de revenus. En contrepartie du caractère universel de cette prestation, une participation est demandée aux bénéficiaires selon leurs revenus : le ticket modérateur. Ce dernier, est une contribution en fonction du niveau de ressources fixé par un barème national³³, la participation laissée à la charge du bénéficiaire de l'APA dépend de ses ressources³⁴.

Afin de remédier aux inconvénients de la PSD notamment concernant le non-recours à cette prestation, le principe de la récupération sur succession³⁵ est supprimé³⁶. Plusieurs de nos interlocuteurs ont analysé la montée en charge des demandes lors de la création de l'APA, du fait de la suppression de la récupération sur succession³⁷.

Le versement de l'APA est mensuel, soit à destination du bénéficiaire, soit directement aux services d'aide à domicile agréés ou autorisés. Les conditions de versement peuvent être modifiées à tout moment par le bénéficiaire. Cependant, si le montant de l'allocation, déduction faite de la participation du bénéficiaire, est inférieur ou égal à trois fois la valeur brute du SMIC horaire (9,43 € / heure x 3 = 28,29 € depuis le 1er janvier 2013), l'APA n'est pas versée. Lors de nos entretiens, une différence est apparue entre les deux départements : en Ille-et-Vilaine, le conseil général verse directement l'APA aux prestataires, avec l'accord du bénéficiaire, tandis que, dans le Finistère elle est versée à la personne aidée.

Une prestation pour les personnes vivant à domicile ou en établissement

L'APA s'adresse aux personnes âgées en perte d'autonomie qui nécessitent un soutien. Elle concerne autant les personnes résidant à leur domicile que celles hébergées dans un établissement. Selon la loi³⁸, l'APA a le caractère d'une prestation en nature qui « doit être intégralement utilisée pour couvrir les dépenses prédéfinies »³⁹. Ainsi pour s'assurer de la bonne utilisation des deniers publics, dans l'esprit de la Loi organique relative aux lois de finances (LOLF) de 2001⁴⁰, le bénéficiaire a l'obligation d'apporter les preuves de l'utilisation de l'intégralité de la prestation à la demande du président du

³³ Loi n°2001-647 *op. cit.*

³⁴ Il varie de la manière suivante : pour un revenu inférieur ou égal à 725,23 € par mois aucune participation n'est demandée, pour un revenu compris entre 725,23 € et 2 890,09 € la participation varie progressivement de 0 % à 90 % du montant du plan d'aide et enfin pour un revenu supérieur à 2 890,09 € par mois, la participation du bénéficiaire est égale à 90 % du montant du plan d'aide proposé (montants en vigueur depuis le 1^{er} avril 2012).

³⁵ SUEUR Jean-Pierre, *op. cit.*

³⁶ Entretien avec un coordonnateur au centre local d'information et de coordination de Rennes

³⁷ Entretien avec une conseillère sociale en gérontologie du centre départemental d'action sociale de Rennes

³⁸ Loi n°2001-647 *op. cit.*

³⁹ TERRASSE Pascal, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, *Rapport d'information sur la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie*. Juillet 2001.

⁴⁰ Loi organique n° 2001-692 du 1 août 2001 relative aux lois de finances

conseil général. La sanction en cas de mauvaise utilisation de l'allocation est sa suspension⁴¹.

A domicile, l'APA finance des plans d'aides personnalisés qui intègrent les dispositions favorisant l'autonomie de la personne âgée⁴². Les bénéficiaires de l'APA sont déterminés après l'évaluation des besoins de la personne par les équipes médico-sociales des conseils généraux. Ce plan d'aide peut comprendre des heures d'aide ménagères, des aides techniques (pour la plupart non couvertes par la Sécurité sociale) ou des solutions d'adaptation du logement et de l'environnement matériel, des possibilités d'accueil de jour ou d'accueil temporaire, ainsi que toutes les prestations permettant d'éviter un « enfermement » dans une situation de dépendance (soutien psychologique, groupes d'écoute et de parole, socialisation, transports, loisirs)⁴³.

En établissement, l'APA aide les bénéficiaires à acquitter le tarif dépendance d'un séjour temporaire ou permanent en maison de retraite⁴⁴. Cette aide contribue à préserver la qualité de vie des personnes âgées et à assurer une prise en charge optimale de la perte d'autonomie. Le montant de l'APA dépend de 3 éléments : le degré d'autonomie de la personne âgée (GIR), la tarification de l'établissement, et les ressources de la personne âgée.

Une évaluation : clef de voûte du dispositif

L'évaluation des besoins de la personne est réalisée, au domicile, par une équipe médico-sociale du conseil général en parallèle d'une évaluation de son autonomie par un médecin-conseil territorial. L'évaluation de l'autonomie est effectuée sur la base de la grille AGGIR⁴⁵ par un médecin territorial désigné par le conseil général, en lien avec le médecin traitant de la personne âgée, lui permettant ainsi d'obtenir les informations complémentaires sur l'état de santé.

Ainsi, en Ile-et-Vilaine comme dans le Finistère, tout demandeur d'APA reçoit deux visites à domicile : celle du médecin-conseil territorial pour une évaluation médicale, et celle du conseiller social en gérontologie (ou de l'assistant social). Toutefois, cette

⁴¹ RIEHM-COGNEE Anne, KESSLER Francis. « Une nouvelle réforme pour rien de l'aide aux personnes âgées dépendantes (Commentaire de la loi n° 2003-289 du 31 mars 2003). » *Revue de Droit Sanitaire et Social Editions Dalloz*, 2003, p.514.

⁴² BERARDIER Mélanie, CLEMENT Elise, « L'évolution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) de 2002 à 2009 », *Etudes et résultats*, DREES, n° 780. 2011.

⁴³ SUEUR Jean-Pierre, *op. cit.*

⁴⁴ BERARDIER Mélanie, CLEMENT Elise, *op. cit.*

⁴⁵ Voir annexe III : Grille APA et Groupes Iso-ressources

évaluation de l'autonomie peut être réalisée par une infirmière ne pouvant pas faire l'examen médical, ce qui peut poser un problème de légitimité⁴⁶.

Le médecin traitant devrait avoir un rôle important au niveau de l'orientation de l'utilisateur vers l'organisme approprié mais cela nécessite qu'il ait acquis une bonne connaissance du dispositif de l'APA, ce qui n'est pas toujours le cas. Il intervient dans la procédure pour compléter le dossier par la rédaction du certificat médical, mais celui-ci n'est pas une pièce obligatoire. Il ressort de tous les entretiens qu'il s'avère difficile de mobiliser les médecins traitants sur l'ensemble de la coordination de l'APA⁴⁷.

2. Une prise en compte de la spécificité des besoins de chacun

Un plan d'aide personnalisé

Le plan d'aide constitue une composante essentielle de l'APA à domicile et s'inscrit dans l'objectif de la loi 2002-02 : respect de la dignité de la personne, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité. L'élaboration du plan d'aide⁴⁸ repose sur la relation entre la personne âgée (et/ou son entourage) et l'équipe médico-sociale dont l'un des membres se déplace chez le bénéficiaire (conseiller social en gérontologie ou assistance sociale). Le plan recense avec précision les besoins de la personne âgée et les aides nécessaires à son maintien à domicile, à travers une discussion qui prend en compte les souhaits de la personne âgée et de son entourage, mais aussi parfois en concertation directe avec les services d'aide à domicile⁴⁹. Lors d'une seconde visite à domicile, ce plan d'aide personnalisé, c'est-à-dire les réponses individualisées en adéquation avec les besoins repérés, est présenté à la personne âgée et/ou à sa famille. Le financement de ce plan est basé sur l'APA, modulée en fonction des revenus pour une durée de trois ans⁵⁰.

La volonté du législateur est de laisser une liberté au bénéficiaire quant au mode d'intervention à domicile⁵¹; trois modes sont ainsi possibles : de gré-à-gré, appel aux services prestataires, appel aux services mandataires.

⁴⁶ Entretien avec une conseillère sociale en gérontologie du centre départemental d'action sociale de Rennes

⁴⁷ Entretien avec une conseillère sociale en gérontologie du centre départemental d'action sociale de Rennes

⁴⁸ CAMPEON Arnaud et LE BIHAN Blanche, « Les plans d'aide associés à l'Allocation personnalisée d'autonomie. Le point de vue des bénéficiaires et de leurs aidants » DREES n° 461, 2006.

⁴⁹ Voir Annexes de V à VIII : Fiche d'évaluation des besoins et fiche de proposition de plan d'aide du conseil général d'Ille-et-Vilaine, Dossier de demande de l'allocation personnalisée d'autonomie et questionnaire familial pour l'allocation personnalisée d'autonomie du conseil général du Finistère

⁵⁰ ILOE, « Conseiller social en gérontologie : savoir être à l'écoute », *Revue du Conseil Général d'Ille-et-Vilaine ILOE n°188*, mars 2009.

⁵¹ Projet de loi, *op. cit.*

Différentes modalités d'application du plan d'aide personnalisé

La personne est libre de choisir la tierce personne : ainsi elle peut employer un ou plusieurs membres de sa famille à l'exception de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec qui elle a contracté un Pacte civil de solidarité (PACS)⁵². Le législateur a eu également comme but de professionnaliser l'aide aux personnes âgées⁵³. Ce fait a été évoqué lors d'un entretien⁵⁴ : celle ce fait sur la base d'un plan annuel de formation et de qualification.

Pour les personnes en GIR 1 et 2, c'est-à-dire plus lourdement dépendantes, la loi incite au recours à une aide professionnelle. Comme nous l'avons constaté dans notre enquête de terrain, la participation du bénéficiaire de l'APA peut dans certains départements être majorée de 10 % lorsque ce dernier fait appel soit à un service prestataire d'aide-ménagère non agréé⁵⁵ soit à une tierce personne qu'il emploie directement et qui ne justifie pas d'une expérience acquise ou d'un niveau de qualifications défini par arrêté du ministre chargé des personnes âgées⁵⁶.

En choisissant un service mandataire, le bénéficiaire de l'APA reste l'employeur de la personne qui travaille à son domicile. Cependant, le service assure pour le compte du bénéficiaire toutes les formalités administratives (recrutement, contrat de travail, établissement du bulletin de salaire, déclaration à l'URSSAF etc.). Le statut d'employeur de la personne âgée l'oblige à se conformer aux dispositions prévues par le droit du travail.

Le bénéficiaire peut également faire appel à des organismes prestataires agréés qui mettent à sa disposition une ou plusieurs personnes qui vont intervenir à son domicile. Ils fournissent une prestation de service qui donne lieu à une facturation que l'APA permet d'acquitter. Les personnes qui interviennent à domicile sont salariées par l'organisme, qui assure toutes les obligations et les responsabilités d'un employeur. Celui-ci garantit des avantages indiscutables : la continuité du service et le remplacement de l'aide à domicile en cas de congés, maladie ou formation des personnels. Reste posé le problème du changement lors du « roulement » des intervenants salariés par un prestataire de services, ce qui peut désorienter la personne âgée. Cette dernière préfère un engagement de gré à gré qui lui apporte une stabilité mais dont la logistique est plus problématique. En effet, le

⁵² TERRASSE Pascal, *op. cit.*

⁵³ Projet de loi mars 2001, *op. cit.* et Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale dit « loi Borloo »

⁵⁴ Entretien avec le directeur fédéral de l'ADMR (Aide à domicile en milieu rural) d'Ille-et-Vilaine

⁵⁵ Site du ministère de la santé, *op. cit.*

⁵⁶ Article R. 232- 14 du Code de l'Action Sociale et des Familles

statut d'employeur comporte des obligations qui peuvent être lourdes et inadaptées pour un public dépendant ou isolé (licenciement, rupture de contrat lors de l'hospitalisation)⁵⁷.

3. Un dispositif « hybride » entre difficultés conjoncturelles et ajustements structurels

Une gestion départementale devant concilier des objectifs de solidarité nationale

Depuis l'acte II de la décentralisation en 2003⁵⁸, le département est le chef de file de l'action sociale décentralisée. Son domaine d'intervention concernant les personnes âgées est très important et sensible. Il verse l'allocation personnalisée d'autonomie et l'aide sociale à l'hébergement.

L'APA est un dispositif qui mêle une logique d'universalité et une gestion décentralisée à l'échelon départemental. L'APA entre ainsi dans le champ de l'aide et de l'action sociale mais avec des mécanismes d'attribution différents (au sens où ce n'est plus la subsidiarité classique qui fonctionne⁵⁹). Le conseil général, les bénéficiaires (en contrepartie de son universalité) et la solidarité nationale, par l'instauration d'une participation de l'Etat et d'une contribution de solidarité pour l'autonomie^{60,61} composent le financement de cette nouvelle prestation. La solidarité nationale repose sur la base des principes d'universalité, d'égalité et d'équité. Les conseils généraux ont été mis en difficulté par le dispositif de l'APA, en raison de l'extrême rapidité de la montée en charge du dispositif, puis l'augmentation du ratio journalier des évaluations des plans d'aide⁶². En 2002, seules 12 personnes assuraient la mise en œuvre de la prestation sur le territoire d'Ille-et-Vilaine. Aujourd'hui, le département recense 37 conseillères sociales en gérontologie et 16 médecins conseils-territoriaux⁶³.

Comme l'ont noté certains observateurs, la qualification de cette prestation reste donc difficile⁶⁴. Selon le Conseil Constitutionnel⁶⁵, l'APA est une "allocation d'aide sociale qui répond à une exigence de solidarité nationale". Cependant, lors des travaux

⁵⁷ COUR DES COMPTES, *op. cit.*

⁵⁸ MANSUY Michèle, « Intervention sociale en faveur des personnes âgées dépendantes : regards croisés entre la France et la Loire-Atlantique », *Revue française des affaires sociales*, vol. 4, n° 4, 2011.

⁵⁹ BADEL Maryse, « Subsidiarité et aide sociale : quelle actualité ? », *RDSS*, n°6, novembre-décembre 2007

⁶⁰ Loi n° 2004-626 *op. cit.*

⁶¹ SUEUR Jean-Pierre, *op. cit.*

⁶² FRINAULT Thomas, « Des procédures automatiques aux nouveaux modes de gestion individualisée : les recompositions de l'action gérontologique départementale », *Revue française des affaires sociales*, vol. 3, n° 3, 2005.

⁶³ Entretien avec une conseillère sociale en gérontologie du centre départemental d'action sociale de Rennes

⁶⁴ KESSLER, Francis, *op. cit.*

⁶⁵ CONSEIL CONSTITUTIONNEL, n° 2001-447 DC du 18 juill. 2001, Loi relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

préparatoires sur la loi, l'APA marque l'abandon de la logique d'aide sociale et le passage à une prestation d'action sociale. L'action sociale est ici vue comme un ensemble d'interventions, librement ou au moins discrétionnairement mis en œuvre par divers acteurs qui soit viennent pallier les carences des autres formes d'aide soit se proposent de les élargir ou de les compléter.

Des acteurs de proximité dans un cadre de responsabilité partagée

Les actions des départements s'inscrivent dans un cadre national légal et réglementaire. Ils disposent cependant d'une marge de manœuvre pour les mener de manière autonome⁶⁶. En conséquence, les caractéristiques et les orientations départementales ont un impact sur les politiques en direction des personnes âgées mises en œuvre. L'évolution des dispositifs de protection sociale laisse une plus grande place au local. Un double phénomène apparaît au début des années 2000 : la généralisation de la sécurité sociale à l'ensemble de la population et la rénovation en profondeur de certains dispositifs d'aide sociale face à la montée de nouveaux risques. L'APA fait partie de cette rénovation en mêlant des mécanismes d'aide, d'action et de sécurité sociales, brouillant ainsi les frontières existantes⁶⁷.

Les indicateurs quantitatifs, comme les taux d'équipement et de services pour personnes âgées, permettent de repérer les disparités mais ils sont basés sur un rapport entre l'offre et la demande qui ne tient pas compte des singularités territoriales. Les départements qui présentent un taux important de bénéficiaires de l'APA ont une population rurale, des personnes âgées à faibles ressources et une population active composée principalement par des ouvriers et des agriculteurs. La prévalence de la dépendance est supérieure pour les catégories socio-professionnelles défavorisées et la demande d'APA est d'autant plus forte que le niveau de revenus est faible⁶⁸. Dans ce contexte, les schémas gérontologiques départementaux permettent d'appréhender la diversité des politiques vieillesse. Depuis la loi relative aux libertés et responsabilités locales du 13 août 2004, le département⁶⁹ adopte seul le schéma départemental

⁶⁶ ARGOUUD Dominique, « La décentralisation de la politique vieillesse. Vers une accentuation des inégalités ? », *Gérontologie et société*, n° 123, p. 201-212, 2007.

⁶⁷ HUTEAU Gilles, *op. cit.*

⁶⁸ Voir Annexe IV : Extrait de l'Etat de santé de la population en Bretagne, base du projet régional de santé de l'agence régionale de santé (ARS) Bretagne

⁶⁹ CYTERMANN Laurent, « Le rôle des départements en matière de prise en charge de la dépendance », *Informations sociales*, vol.6, n° 162. 2010.

d'organisation sociale et médico-sociale⁷⁰, qui définit sur les cinq ans les objectifs quantitatifs et qualitatifs de développement de l'offre de services.

L'organisation des centres locaux d'information et de coordination (CLIC)⁷¹, services sociaux et médico-sociaux au sens de la loi du 2 janvier 2002, est de la compétence du département. Le CLIC a pour mission, d'informer les usagers sur leurs droits et les démarches à effectuer, d'évaluer et de coordonner les besoins.

Le Schéma Régional d'organisation médico-sociale (SROMS)⁷², compétence décisionnelle du directeur de l'Agence Régionale de Santé⁷³ traduit la conception nouvelle et élargie de la santé à une prise en charge globale et non strictement limitée aux soins. Il est élaboré en double articulation avec les schémas départementaux adoptés dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées et avec le PRIAC⁷⁴. Ces programmes, gérés par la CNSA, sont un outil de régulation permettant de veiller à l'équité territoriale et de lutter contre les disparités d'équipements.

II. Des pistes de réforme justifiées par l'accentuation des difficultés rencontrées par les départements

Les enjeux et les limites rencontrés par les conseils généraux dans l'application du dispositif actuel (A) conduisent les pouvoirs publics à repenser l'approche sociétale du vieillissement (B).

A. Un dispositif qui connaît dès sa création une montée en charge rapide et une mise en œuvre confrontée à la réalité

1. Un financement sous tension qui entraîne des différences de traitement

Une cible atteinte et dépassée

L'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'APA n'est pas uniforme sur tout le territoire national. Au niveau de chaque département, la progression des demandeurs

⁷⁰ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale les schémas sociaux et médico-sociaux pluriannuels (5 ans) et révisables, permettant de mieux définir les besoins à satisfaire et les perspectives de développement de l'offre

⁷¹ Circulaire n° DGAS/DHOS/2C/03/2004/452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gériatriques

⁷² Article R.1434-6 du Code de la Santé Publique

⁷³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁷⁴ Article L312-5-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles

d'APA n'est pas la même et évolue différemment. C'est d'ailleurs ce qui ressort de nos entretiens avec les personnels des conseils généraux d'Ille-et-Vilaine et du Finistère.

Ainsi, le département d'Ille-et-Vilaine est confronté à une nouvelle hausse après une période de stabilisation des demandes d'APA, tandis que le Finistère constate une légère diminution sans pour autant avoir de lisibilité à moyen terme. Lors de notre entretien, le conseil général du Finistère a insisté sur la difficulté d'anticiper les demandes futures d'APA : les départements avec un littoral sont souvent prisés comme lieux de villégiature ou de retraite par les personnes venant d'autres départements.

Dès 2003, le rapport Lardeux⁷⁵ insistait sur le coût de l'APA pour les finances de certains départements. Il s'agit d'une dépense obligatoire non soumise à condition de ressources. C'est d'ailleurs ce qui a conduit à une révision des plafonds en 2003. Pourtant, malgré la contribution de la CNSA au financement de l'APA⁷⁶, des départements sont confrontés plus que d'autres à des difficultés de financement, rejoignant les constats de la Cour des comptes. Dans son rapport de 2005⁷⁷, celle-ci évoquait un effet « ciseaux » pour certains départements, celui-ci conjuguant la contraction de leurs recettes et l'augmentation de leurs dépenses.

L'influence du positionnement politique

Toutefois, malgré la raréfaction des ressources budgétaires, des départements ont fait le choix de sanctuariser les dépenses en faveur des politiques sociales. Tel est le cas des deux départements observés comme en témoigne la progression du budget médico-social.

En Ille-et-Vilaine le budget est élaboré en « base zéro » avec une identification des dépenses obligatoires, ce qui conduit à une réduction de l'investissement pour les autres dépenses, mais il y a une sanctuarisation du budget social.

Ainsi, alors que le taux directeur des augmentations des différents pôles est très faible (+2,8 %), le pôle solidarité bénéficiaire d'un véritable appui (+ 4,2 %). Ce département, quelque soit l'alternance politique, opte pour un positionnement en tant que pilote national en matière sociale et médico-sociale. Ainsi, il s'illustre par la mise en place d'une « APA différentielle » pour que toutes les structures affichent un même coût pour les personnes

⁷⁵ LARDEUX André, Rapport au nom de la Commission des affaires sociales du Sénat sur la proposition de loi relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie et à la proposition de loi portant modification de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Février 2003.

⁷⁶ BROUSSY Luc, Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de la population, *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France : Année Zéro*. Janvier 2013.

⁷⁷ COUR DES COMPTES, *op. cit.* Pour des données plus actualisées : JAMET Pierre, *Rapport à Monsieur le Premier Ministre sur les finances départementales*. Avril 2010.

aidées. Le Conseil général prend à sa charge le différentiel entre le coût payé par le bénéficiaire de l'APA, basé sur le « taux CNAV »⁷⁸ et le coût réel supporté par le prestataire. Ce contexte de pénurie budgétaire a conduit le conseil général à introduire en 2010 une participation forfaitaire de l'usager à hauteur de 1,30 € par heure pour le financement de cette « APA différentielle », exception faite pour les bénéficiaires dont les ressources n'excèdent pas 725 €⁷⁹.

Selon nos interlocuteurs, le montant de l'APA ne permet que partiellement de répondre à l'objectif de maintien à domicile qui reste difficilement envisageable pour certaines catégories de personnes âgées dépendantes⁸⁰ : personnes souffrant de troubles psychiques (démences, maladie d'Alzheimer et troubles apparentés), personnes à faible niveau de ressources ou socialement isolées.

Enfin, la mise en œuvre du plan d'aide, élaboré dans le cadre de l'APA pose la question, comme le prévoit la loi de 2001, du libre choix de la personne âgée qui doit être associée à l'élaboration du plan d'aide. Elle prévoit également, dans l'objectif de soutien à l'emploi, la possibilité de recourir à des services prestataires. Le fait que la mise en œuvre de l'APA soit territorialisée conduit à des différences d'approche marquées suivant les départements enquêtés. L'Ille-et-Vilaine, avec l'accord des bénéficiaires, verse directement l'aide aux services prestataires (simplicité de gestion, meilleur suivi de la dépense, moins d'indus). Le Finistère privilégie pour l'instant un versement direct de la prestation à la personne âgée dans une optique de responsabilisation de la personne et de respect du libre choix⁸¹, mais envisage une expérimentation à l'image du dispositif de l'Ille-et-Vilaine.

Une différence est également observée concernant le statut juridique des prestataires. En Ille-et-Vilaine, suite à l'instauration du plan Borloo⁸² concernant le développement des services à la personne, le nombre de prestataires à domicile implantés sur Rennes a augmenté (20 prestataires dont 15 entreprises privées). Des difficultés économiques sont observées aujourd'hui pour certains. Cette diversité contraste avec les zones rurales de l'Ille-et-Vilaine où l'ADMR⁸³ est souvent le seul prestataire. Une responsable de l'ADMR de Saint-Brice-en-Coglès précise qu'avant la mise en place de l'APA, le recours au mandataire était quasi-systématique. Aujourd'hui, il ne reste plus

⁷⁸ Taux fixé par la Caisse nationale d'assurance vieillesse

⁷⁹ Entretien avec le directeur fédéral de l'ADMR d'Ille-et-Vilaine et avec une conseillère sociale en gérontologie du centre départemental d'action sociale de Rennes

⁸⁰ Entretien avec un médecin départemental, responsable au sein du service action médico-sociale PA-PH du Pôle Solidarité du conseil général d'Ille-et-Vilaine

⁸¹ Ce constat est peut-être à nuancer compte tenu de la faillite de la Fédération ADMR du Finistère en 2010.

⁸² Loi n° 2005-841, *op.cit.*

⁸³ L'association de service à domicile ADMR est une association française de service à domicile fondée en 1945 organisée en associations locales autonomes qui interviennent sur un territoire déterminé

qu'un mandataire, les bénévoles ayant accompli un travail d'information sur les conséquences qu'implique le statut d'employeur.

La prise en charge par un membre de la famille (conjoint exclus), rendue possible via l'APA, a fait émerger des déficiences: difficulté de refuser la demande, difficulté de certaines interventions par une personne de la famille, déclenchement de conflits intrafamiliaux. Un des seuls avantages d'une telle situation est que le salaire versé permet la reconnaissance du travail effectué depuis un certain temps.

2. Un outil d'évaluation au service de l'équité présentant des faiblesses

Des limites liées à la compréhension de la grille AGGIR

Cette grille est la même sur tout le territoire national mais sa qualité est discutée bien qu'ayant fait l'objet d'une réforme en 2008⁸⁴: les critiques portent sur la difficulté d'évaluer au plus juste la complexité des situations socio-environnementales des personnes en particulier celles souffrant d'une maladie psychique ainsi que sur les limites trop fines entre les catégories de GIR .

Dans l'ensemble, nos interlocuteurs rejoignent ces constats. En effet, les personnes âgées souffrant de troubles psychiques conservent certains automatismes qui ont tendance à fausser l'évaluation de la dépendance faite par l'équipe médico-sociale (minoration de la cotation de certains actes liés notamment à la toilette, à l'habillage ou aux transferts).

Des limites liées à la pratique des évaluateurs

Un guide de remplissage édité par la CNAMTS en 2008 a été mis en place. Il semble avoir amélioré l'évaluation mais, d'après nos interlocuteurs, cela reste encore insuffisant. Une formation des évaluateurs est nécessaire comme le souligne Monsieur Vetel, président du conseil de la CNSA. 75% des départements ont proposé cette formation sans réguler ce problème relevant du facteur humain. Une étude indique que dans un groupe d'évaluateurs administratifs, 58% de concordance est retrouvée pour 75% dans un groupe d'infirmiers⁸⁵.

Un groupe d'évaluateurs homogène avec une qualification médico-sociale et sanitaire est donc à favoriser. Il est aussi proposé d'adjoindre à ces formations des temps de rencontre, d'uniformisation des pratiques ainsi que de prioriser la réalisation des

⁸⁴ COLVEZ Alain, *Rapport du Comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie*. Janvier 2003.

⁸⁵ ROSSO-DEBORD Valérie, *Rapport d'information au nom de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes*. Juin 2010.

évaluations sensibles par des professionnels formés aux pathologies. La multiplicité des évaluateurs représente aussi une limite au système : médecin référent, évaluateur CNAV, conseil général, voire de la compagnie d'assurance. Elle induit une incompréhension des familles face à des évaluations GIR différentes suivant les structures ou les lieux. La grille AGGIR reste un outil subjectif, dépendant de la lecture qu'en font les équipes médico-sociales ce qui dans la pratique conduit à des différences de traitement des usagers.

Dans le Finistère, nos interlocuteurs ont évoqué le cas de personnes bénéficiant de l'APA dans d'autres départements qui, suite à un changement de domicile, font une demande d'APA dans le Finistère et se retrouvent classées dans un GIR différent.

En Ile-et-Vilaine, un risque de différence de traitement au sein même du département est souligné. En effet, l'évaluation des besoins et l'élaboration du plan d'aide se font à un niveau infra-départemental (7 agences territoriales disposant de leurs propres équipes médico-sociales), ce qui amplifie, de fait, le risque d'aboutir à des approches différentes de la grille AGGIR.

3 Des ressources humaines médicales difficiles à mobiliser

Des limites liées à l'implication médicale dans le dispositif

Des disparités peuvent être liées à la place plus ou moins importante accordée au médecin traitant dans l'évaluation du niveau de GIR de la personne. Ainsi, jusqu'en 2010, le Finistère avait choisi de rémunérer les médecins traitants pour procéder à l'évaluation des besoins⁸⁶. A l'inverse, le conseil général d'Ile-et-Vilaine s'est opposé à cette pratique⁸⁷, considérant qu'elle présentait des risques, notamment du fait des liens existants entre le médecin et son patient ou de l'absence de formation spécifique des médecins généralistes. D'ailleurs, le Finistère a dénoncé il y a quelques années la convention qu'il avait passée avec l'Union départementale des médecins libéraux. Sur l'un des sept territoires au sud du département, les médecins ont malgré tout conservé leur engagement⁸⁸.

⁸⁶ Entretien avec une directrice au sein de la direction des personnes âgées et des personnes handicapées du conseil général du Finistère

⁸⁷ Entretien avec un médecin départemental, responsable au sein du service action médico-sociale PA-PH du Pôle Solidarité du conseil général d'Ile-et-Vilaine

⁸⁸ Entretien avec un chef de service territorial de la coordination gérontologique et du handicap du conseil général du Finistère

Des limites liées aux difficultés de recrutement en compétence médicale

Au sein d'un département, tous les territoires ne sont pas confrontés aux mêmes difficultés de recrutement. Le département d'Ille-et-Vilaine peine à remplacer certains médecins conseils-territoriaux, ce qui implique l'évaluation du GIR par une infirmière qui ne peut pas réaliser de diagnostic médical. Cette absence de médecin au sein d'une équipe médico-sociale est perçue par certains de nos interlocuteurs comme un inconvénient : l'infirmière n'a pas la même légitimité vis-à-vis des médecins traitants, des personnes âgées et de leur entourage⁸⁹.

Outre la difficulté de recruter des médecins, l'état des finances des départements peut en conduire certains à restreindre leurs effectifs. Ainsi, certains interlocuteurs évoquent une réduction conjoncturelle des personnels au sein des équipes médico-sociales du département d'Ille-et-Vilaine alors que dans le même temps, le nombre de bénéficiaires de l'APA tend à augmenter⁹⁰. Cette réduction des effectifs présente un risque dans la mesure où la réglementation impose un délai d'instruction des dossiers de 2 mois. Or, dès 2009, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) indiquait que certains départements ne respectaient pas ce délai⁹¹, créant ainsi des inégalités de traitement.

Les délais d'instruction sont d'ailleurs variables au sein des deux départements étudiés puisque l'Ille-et-Vilaine se rapproche de ce délai réglementaire tandis que le Finistère met en moyenne 72 jours pour instruire les demandes. Pour la procédure accélérée⁹², prévue par la loi de 2001, les deux départements affichent respectivement un délai d'instruction moyen de 7 jours (Ille-et-Vilaine) et de deux semaines (Finistère).

B. Des perspectives de modernisation qui tendent vers une nouvelle logique d'adaptation de la société au vieillissement

Les difficultés rencontrées ont entraîné une prise de conscience nationale de la nécessité de réformer la prise en charge et le financement de la dépendance. Depuis 2007, plusieurs missions d'information et groupes de travail ont été créés afin d'apporter des éléments en vue de la préparation d'un projet de loi sur la dépendance.

⁸⁹ Entretien avec une conseillère sociale en gérontologie du centre départemental d'action sociale de Rennes

⁹⁰ Entretien avec une conseillère sociale en gérontologie du centre départemental d'action sociale de Rennes

⁹¹ FOUQUET Anne, LAROQUE Michel, PUYDEBOIS Cédric, Inspection générale des affaires sociales, *Rapport définitif : La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie. Synthèse des contrôles de la mise en œuvre de l'APA réalisés dans plusieurs départements*. Juillet 2009.

⁹² Il ne s'agit toutefois pas de la procédure d'urgence prévue par les textes, les deux départements ayant décidé de ne plus la mettre en œuvre dans la mesure où elle conduisait au versement d'une trop grande part d'indus

Les axes de réflexion étudiés sont nombreux et ont connu des évolutions significatives ces dernières années, à savoir des nouvelles modalités de financement et des adaptations de la société au vieillissement.

1. Adapter le système de financement

Rechercher de nouvelles sources de financement

Il a été envisagé en 2010 de réserver le bénéfice de l'APA aux personnes les plus dépendantes et d'exclure ainsi du dispositif les personnes classées dans le GIR 4. Cela aurait entraîné l'exclusion de 45 % des bénéficiaires⁹³ et aurait remis en cause le principe de l'universalité de l'aide. Cette piste qui aurait généré d'importantes économies a été abandonnée rapidement. Ainsi, comme l'ont souligné des acteurs sur le terrain⁹⁴ la prise en charge des personnes en GIR 4 permet de prévenir une aggravation plus importante de la perte d'autonomie et un basculement vers les GIR plus lourds. Sauf à considérer qu'il faille diminuer les dépenses publiques, de nouvelles mesures s'imposent pour la mise en adéquation des ressources aux besoins croissants liés au vieillissement de la population.

L'alignement du taux de la contribution sociale généralisée (CSG) des retraités sur celui des actifs constitue une piste pour augmenter les recettes. L'inconvénient de cette mesure est qu'elle augmenterait davantage le taux de prélèvements obligatoires déjà élevé mais certains acteurs de terrains y sont favorables car la contribution est modulée selon le niveau de ressources⁹⁵.

L'idée d'instaurer une seconde journée de solidarité permettant de dégager des recettes supplémentaires pour la contribution solidarité autonomie a également été soumise. Elle consisterait à instaurer une nouvelle journée de travail n'ouvrant pas droit à rémunération ce qui présenterait pour inconvénient de faire supporter cet effort par les actifs⁹⁶.

Par ailleurs, la réintroduction d'un recours sur gage optionnel a été envisagée. Le rapport Vasselie reprend la proposition de la mission commune d'information qui préconisait « pour l'APA à domicile, de solliciter les patrimoines les plus élevés par le choix offert à l'entrée en dépendance entre une APA à 50 % ou une prise de gage de 20

⁹³ 55% dans le Finistère

⁹⁴ Entretiens avec un chef de service départemental de la coordination gérontologique et du handicap du conseil général du Finistère et une psycho-sociologue à l'institut régional du travail social de Bretagne

⁹⁵ Entretien avec le directeur fédéral de l'ADMR d'Ille-et-Vilaine

⁹⁶ VASSELLE Alain, *Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création d'un cinquième risque*. Janvier 2011.

000 euros au maximum⁹⁷ ». Cela concernerait de nombreuses personnes, 75 % des plus de 65 ans étant propriétaires de leur logement. La plupart des acteurs de terrains interrogés ne sont pas favorables à cette mesure car elle inciterait de nombreuses personnes à ne plus demander l'APA⁹⁸. Cette option si elle était appliquée générerait 1,1 milliards d'euros d'économies mais elle n'est pas reprise dans les derniers rapports publiés.

Favoriser l'articulation de la solidarité nationale et de la prévoyance individuelle

Afin de compléter le financement public déficitaire de la dépendance, il a été proposé en 2010 de rendre obligatoire dès l'âge de 50 ans la souscription d'une assurance contre la perte d'autonomie⁹⁹. Le caractère obligatoire de l'assurance a par la suite été écarté mais l'idée de mobiliser le marché de l'assurance privée pour garantir un complément de ressources n'est pas abandonnée. Dans cette optique, la mission commune d'information du Sénat a proposé la définition d'un contrat socle réalisé dans le cadre d'un partenariat public-privé. Cela nécessite la création d'un label qui permettrait de garantir un niveau minimal de couverture¹⁰⁰, d'harmoniser les différents contrats, tout en améliorant la transparence¹⁰¹.

2. Adapter les gouvernances nationales et territoriales

Afin de porter une stratégie nationale de prévention de la perte d'autonomie et d'adaptation de la société au vieillissement, il est nécessaire de mobiliser l'ensemble des acteurs et des compétences, y compris au niveau local. Le rôle de la CNSA pourrait dès lors être renforcé pour « porter au niveau national l'ensemble des enjeux liés à la prévention et à la compensation de la perte d'autonomie ».¹⁰²

Le rapport publié fait également part d'une volonté de simplifier le parcours de santé des personnes âgées et de leurs familles, confrontées à un système complexe avec des responsabilités éclatées entre différents organismes. Ce constat se retrouve dans les deux départements auditionnés. Il est proposé d'instaurer des guichets uniques locaux par la transformation des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) en Maisons Départementales de l'Autonomie (MDA). En s'appuyant sur des lieux de

⁹⁷ sur la fraction du patrimoine dépassant un seuil déterminé, à fixer entre 150 000 euros et 200 000 euros

⁹⁸ Notamment entretien avec une conseillère sociale en gérontologie du centre départemental d'action sociale de Rennes

⁹⁹ ROSSO-DEBORD Valérie, *Rapport d'information au nom de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes*. Juin 2010.

¹⁰⁰ Entretiens avec une conseillère sociale en gérontologie du centre départemental d'action sociale de Rennes et le directeur fédéral de l'ADMR d'Ille-et-Vilaine. Ce dernier a souligné qu'il faudrait que le versement des prestations de l'assurance privée se fasse dès l'entrée dans le dispositif de l'APA, les institutions d'assurance privée élaborant à ce jour leurs propres grilles.

¹⁰¹ VASSELLE Alain, *op. cit.*

¹⁰² BROUSSY Luc, *op. cit.*

proximité, ces maisons devraient favoriser l'accès aux droits et aux services pour les familles. D'après les acteurs de terrain interrogés, il reste néanmoins à établir la manière dont les différents organismes d'orientation de la personne âgée doivent se coordonner à l'échelon local et à bien définir leurs compétences respectives. Une telle problématique a été relevée par nos différents interlocuteurs, à savoir le positionnement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)¹⁰³ sur des missions déjà réalisées par les CLIC et les conseils généraux. Ainsi, au niveau de l'Ille-et-Vilaine, trois CLIC rennais sont porteurs d'un projet MAIA¹⁰⁴.

Les acteurs de terrain sont dans l'attente d'une meilleure coordination et d'un décloisonnement entre les secteurs sociaux, médico-sociaux et les secteurs de droit commun tels que l'habitat, l'urbanisme, les transports pour favoriser l'autonomie de la personne âgée.

3. Adapter la société au vieillissement

Anticiper pour préserver l'autonomie

Le fait de retarder au maximum la perte d'autonomie permettrait de réaliser des économies qui ont été estimées à 10 milliards d'euros par l'Assemblée des Départements de France¹⁰⁵.

L'amélioration de la prévention de la perte d'autonomie était déjà un objectif affiché dans les rapports Rosso-Debord en 2010 et Vasselle en 2011. Le rapport Aquino remis en 2013 pour contribuer à la préparation du projet de loi sur la dépendance met l'accent sur l'absence de fatalité de la dépendance. Cette idée est partagée par une responsable de l'IRTS Bretagne que nous avons rencontrée. La société doit « se battre pour faire reculer la dépendance dite évitable, en repérant plus tôt les premiers signes de fragilité des personnes âgées pour mieux les prendre en charge »¹⁰⁶. Dans cette optique, trois grands objectifs ont été proposés¹⁰⁷.

Le premier consiste à développer une culture de prévention. Les professionnels de santé ainsi que l'ensemble de la société doivent être mobilisés pour modifier les représentations du vieillissement. Il est important d'agir le plus tôt possible pour identifier

¹⁰³ Le plan national Alzheimer 2008-2012 crée les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), portes d'entrée unique pour l'accueil, l'orientation et l'évaluation pluridisciplinaire destinée aux malades d'Alzheimer.

¹⁰⁴ Entretien avec un coordonnateur au centre local d'information et de coordination de Rennes

¹⁰⁵ ASSEMBLEE DES DEPARTEMENTS DE FRANCE, *55 propositions pour relever le défi de la perte d'autonomie*. Mai 2011.

¹⁰⁶ AQUINO, Dr Jean-Pierre, Comité « Avancée en âge, prévention et qualité de vie », *Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société*. Février 2013.

¹⁰⁷ AQUINO, Dr Jean-Pierre, *op. cit.*

les premiers signes de fragilité¹⁰⁸ et d'isolement des personnes âgées. Les acteurs locaux pourraient se voir confier un rôle croissant dans la coordination de la prévention. A ce titre, il convient de noter qu'une convention a été signée en 2009 entre la Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse et la Fédération des centres sociaux de France afin de mettre en place ces moyens. Cette expérimentation de quatre ans, bien qu'elle n'ait pas été effectuée en Ile-et-Vilaine et dans le Finistère, permet de mettre au jour le rôle essentiel des acteurs territoriaux (CCAS, CLIC, ADMR, IRTS) dans d'autres départements. Ainsi, les territoires gérontologiques figurant dans les schémas départementaux visent à augmenter le degré de proximité entre les services et les personnes âgées. C'est pourquoi le Finistère souhaite faire de ces territoires l'échelon d'attribution de l'APA¹⁰⁹.

Le deuxième objectif implique l'adaptation du système de santé trop axé sur l'aspect curatif. Il conviendrait d'inciter et d'aider les professionnels de santé libéraux à participer au dépistage plus précoce des risques de perte d'autonomie, de proposer des bilans de prévention plus pointus à des périodes clefs¹¹⁰. L'enjeu consisterait à coordonner au niveau territorial l'action des médecins traitants et les équipes de soins de proximité. Il découle des entretiens réalisés qu'il est très difficile de mobiliser les médecins généralistes au sein du dispositif APA. Par ailleurs, il est ressorti d'un entretien qu'il serait nécessaire de passer d'un système fondé sur l'« hospitalocentrisme » à une logique de « domicilocentrisme » qui peut passer par la promotion du recours aux familles d'accueil¹¹¹.

Le troisième objectif nécessite de mieux repérer la fragilité de la personne âgée et ses facteurs de risque de dépendance pour intervenir dès que possible. Cela implique notamment d'améliorer la coordination des services sanitaires et sociaux à domicile, d'améliorer la prise en charge à l'hôpital et en établissement médico-social. A ce titre, il existe au niveau des deux départements des coordonnateurs départementaux.

Adapter l'environnement de la personne âgée.

Le défi que constitue le vieillissement de la population amène à se poser la question de l'intégration de la personne âgée dans la société¹¹². Celle-ci se traduit par l'aménagement de son environnement et en premier lieu le logement. En effet, favoriser

¹⁰⁸ BROUSSY Luc, Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de la population, *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France : Année Zéro*. Janvier 2013.

¹⁰⁹ Entretien avec une directrice au sein de la direction des personnes âgées et des personnes handicapées du conseil général du Finistère

¹¹⁰ AQUINO, Dr Jean-Pierre, *op. cit.*

¹¹¹ Entretiens avec le directeur fédéral de l'ADMR d'Ile-et-Vilaine et un médecin départemental, responsable au sein du service action médico-sociale PA-PH du Pôle Solidarité du conseil général d'Ile-et-Vilaine

¹¹² BROUSSY Luc, *op. cit.*

l'autonomie des personnes âgées passe notamment par une adaptation des logements individuels, des habitats collectifs, des villes et des territoires.

Un logement adapté permet d'éviter les chutes, l'isolement, les négligences. Il est donc nécessaire d'informer les personnes âgées et de leur faciliter la réalisation des travaux d'aménagement nécessaires¹¹³. Ce rôle de communication est dévolu aux CLIC ou aux CCAS selon le site de l'Agence Nationale d'Aménagement de l'Habitat (ANAH)¹¹⁴. Les conseils généraux interviennent dans ce domaine puisque l'APA est parfois utilisée pour financer des petits travaux d'aménagement et de sécurisation du domicile.

La ville et les territoires doivent également s'adapter au vieillissement des populations pour garantir la mobilité des séniors et satisfaire leurs besoins fondamentaux¹¹⁵. Les acteurs locaux disposent d'une certaine marge de manœuvre dans ce domaine puisque l'APA peut être utilisée pour accorder des aides techniques pour l'achat de matériel. Le conseil général d'Ille-et-Vilaine a cependant souligné que les montants d'aide techniques distribués sont peu élevés et marginaux.

L'ensemble de ces mesures a un effet sur l'APA et son financement, même s'il n'est qu'indirect puisque, en retardant la dépendance, il va permettre de ralentir le nombre de personnes susceptibles de bénéficier de l'allocation.

¹¹³ BROUSSY Luc, *op. cit.*

¹¹⁴ Site de l'agence nationale de l'aménagement de l'habitat : www.anah.fr

¹¹⁵ BROUSSY Luc, *op. cit.*

Conclusion

La territorialisation de l'APA laisse une marge d'appréciation aux conseils généraux dans sa mise en œuvre mais a aussi conduit à créer des disparités entre départements. Ces différences d'approche ont pour origine un choix d'orientation politique et des réalités sociales propres à chaque territoire. Notre étude comparative entre l'Ille-et-Vilaine et le Finistère confirme ce constat déjà recensé dans la littérature.

D'une manière générale, les départements partagent tous le même objectif : assurer la meilleure prise en charge possible aux personnes en perte d'autonomie. Aussi, afin de permettre l'effectivité du dispositif, certains conseils généraux ont fait le choix de procédures d'attribution particulières pour tenir compte des spécificités locales, tout en respectant le cadre national.

Plus de dix ans après l'instauration de l'APA, ce travail est l'occasion de dresser un bilan, sur deux départements, de la réponse aux besoins de la personne âgée et de son entourage et du soutien à l'emploi dans le secteur médico-social. L'observation de la mise en œuvre territoriale du dispositif de l'APA, dans le cadre de notre module interprofessionnel, permet d'établir que les objectifs poursuivis par le législateur de 2001, sont globalement atteints.

Au niveau des départements, il est vérifié que l'APA a permis d'atteindre l'objectif de soutien à l'emploi, même si la professionnalisation des aidants reste problématique. Nos interlocuteurs s'accordent pour dire que le dispositif a amélioré la prise en charge de la dépendance, notamment pour le maintien à domicile des personnes âgées. Toutefois, ils reconnaissent que celle-ci demeure insuffisante, en particulier pour les personnes les plus dépendantes, les plus démunies ou les plus isolées.

La mise en œuvre départementalisée du dispositif ne permet pas d'expliquer l'ensemble des disparités constatées. Ainsi, en plus des difficultés d'interprétation de la grille AGGIR, il convient de souligner l'importance de la perception des acteurs de terrain tant au niveau de l'évaluation que lors de l'élaboration du plan d'aide. De fait, les disparités de traitement ne sont pas uniquement observables d'un département à un autre : elles sont également infradépartementales.

La question du financement reste au cœur des préoccupations malgré les mécanismes de péréquation existants. Le contexte de raréfaction des ressources des conseils généraux renforce d'ailleurs les disparités constatées : les plus attractifs peuvent financer des dispositifs innovants, les autres sont exposés à la tentation de standardiser les plans d'aide à des niveaux inférieurs aux barèmes nationaux.

Comme le souligne la littérature, notre travail de terrain nous permet de constater que les prévisions tant socio-démographiques que financières rendent inévitable une réforme. Cette dernière ne pourra éluder la question du financement et celle de la prévention du vieillissement. Elle devra par ailleurs se réinterroger sur le positionnement de la société à l'égard de ses aînés.

Bibliographie

Textes normatifs

Loi organique n° 2001-692 du 1 août 2001 relative aux lois de finances

Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale les schémas sociaux et médico-sociaux pluriannuels et révisables, permettant de mieux définir les besoins à satisfaire et les perspectives de développement de l'offre

Loi n° 2003-289 du 31 mars 2003 portant modification de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale dit « loi Borloo »

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Décret n° 2003-278 du 28 mars 2003 relatif aux conditions d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie

Code de l'action sociale et des familles :

- articles L232-1 à L232-8
- article L312-5-1
- articles R232-1 à R232-61

Code de la Santé Publique

Circulaire n° DGAS/DHOS/2C/03/2004/452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gérontologiques

Circulaire interministérielle N° DGCS/DGOS/2012/06 du 10 janvier 2012 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)

Projet de loi relatif à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, 7 mars 2001.

Rapports

AQUINO, Dr Jean-Pierre, Comité « Avancée en âge, prévention et qualité de vie », *Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société*. Février 2013.

ASSEMBLEE DES DEPARTEMENTS DE FRANCE, *55 propositions pour relever le défi de la perte d'autonomie*. Mai 2011.

BAS Philippe, Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, *Plan solidarité-Grand âge*, juin 2006.

BRAUN Théo et STOURM Michel, Rapport « *Les personnes âgées dépendantes* ». 1988.

BROUSSY Luc, Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de la population, *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France : Année Zéro*. Janvier 2013.

COLVEZ Alain, *Rapport du Comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie*. Janvier 2003.

COMITE NATIONAL DES RETRAITES ET PERSONNES AGEES, *Livre Noir de la PSD*, CNRPA. 1998.

CONSEIL CONSTITUTIONNEL, n° 2001-447 DC du 18 juill. 2001, *Loi relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie*.

COUR DES COMPTES, *Rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés « Les personnes âgées dépendantes »*. Novembre 2005.

DESMARESCAUX, Sylvie, *Rapport fait au nom de la Commission des affaires sociales du Sénat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010*. Novembre 2009.

FOUQUET Anne, LAROQUE Michel, PUYDEBOIS Cédric, Inspection générale des affaires sociales, *Rapport définitif : La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie. Synthèse des contrôles de la mise en œuvre de l'APA réalisés dans plusieurs départements*. Juillet 2009.

GUINCHARD-KUNSTLER Paulette, Rapport à Monsieur le Premier Ministre. *Vieillir en France. Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie*. Juin 1999.

JAMET Pierre, *Rapport à Monsieur le Premier Ministre sur les finances départementales*. Avril 2010.

KERDRAON Ronan, *Rapport au nom de la Commission des affaires sociales du Sénat sur la proposition de loi visant à autoriser le recouvrement sur succession des sommes versées au titre de l'allocation personnalisée à l'autonomie pour les successions supérieures à 150 000 euros*. Décembre 2012.

LARDEUX André, *Rapport au nom de la Commission des affaires sociales du Sénat sur la proposition de loi relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie et à la proposition de loi portant*

modification de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Février 2003.

LAROQUE Pierre, *Rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse*. 1962

PINVILLE Martine, *Relever le défi politique de l'avancée en âge, perspectives internationales, Rapport remis à Monsieur le Premier Ministre*. Mars 2013.

ROSSO-DEBORD Valérie, *Rapport d'information au nom de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes*. Juin 2010.

SCHOPFLIN Pierre, Commissariat général au Plan. *Rapport de la commission « dépendance et solidarités - Mieux aider les personnes âgées »*. 1991.

SUEUR Jean-Pierre, *L'aide personnalisée à l'autonomie : un nouveau droit fondé sur le principe d'égalité*. Mai 2000.

TERRASSE Pascal, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, *Rapport d'information sur la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie*. Juillet 2001.

VASSELLE Alain, *Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création d'un cinquième risque*. Janvier 2011.

Ouvrages, articles, revues.

ARGOUD Dominique, « La décentralisation de la politique vieillesse. Vers une accentuation des inégalités ? », *Gérontologie et société*, n° 123, 2007.

BADEL Maryse, « Subsidiarité et aide sociale : quelle actualité ? », *RDSS*, n°6, novembre-décembre 2007

BERARDIER Mélanie, CLEMENT Elise, « L'évolution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) de 2002 à 2009 », *Etudes et résultats*, DREES, n° 780. 2011.

CAMPEON Arnaud et LE BIHAN Blanche, « Les plans d'aide associés à l'Allocation personnalisée d'autonomie. Le point de vue des bénéficiaires et de leurs aidants », *Etudes et résultats*, DREES n° 461, 2006.

CAP RETRAITE, *Le guide pratique de l'APA. Allocation Personnalisée à l'Autonomie. Edition 2010-2011*. 2010.

CNSA, 2012. *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie*. Juin 2012.

CNSA, *Rapport d'activité 2011*. Avril 2012.

CYTERMANN Laurent, « Le rôle des départements en matière de prise en charge de la dépendance », *Informations sociales*, vol.6, n° 162. 2010.

FRINAULT Thomas, « Des procédures automatiques aux nouveaux modes de gestion individualisée : les recompositions de l'action gérontologique départementale », *Revue française des affaires sociales*, vol. 3, n° 3, 2005.

HASTINGS-MARCHADIER, Antoinette. « Les financements de l'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées dépendantes : quelle fongibilité ? », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, Editions Dalloz, 2011.

HUTEAU Gilles, *La prise en charge sociale de la dépendance des personnes âgées: vers une cinquième branche de la protection sociale ?*

ILOE, « Conseiller social en gérontologie : savoir être à l'écoute », *Revue du Conseil Général d'Ille-et-Vilaine ILOE*, n°188, mars 2009.

KESSLER, Francis, « L'allocation personnalisée d'autonomie : une nouvelle prestation ? (commentaire de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001). », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, Editions Dalloz, 2001.

LAFORE Robert, « La décentralisation de l'action sociale. L'irrésistible ascension du département providence », *Revue française des affaires sociales*, avril 2004.

LE BIHAN Blanche, « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France. Vers la création d'un cinquième risque ? », *Informations sociales*, n° 157, 2011.

LEVOYER, Loïc, « Le financement de la décentralisation sociale dans l'impasse ? A propos des décisions QPC APA et PCH du Conseil constitutionnel du 30 juin 2011. », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, Editions Dalloz, 2012.

MARTIN Claude, « Les politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes », Travail, *Genre et Sociétés*, n° 6, 2001.

MANSUY Michèle, « Intervention sociale en faveur des personnes âgées dépendantes : regards croisés entre la France et la Loire-Atlantique », *Revue française des affaires sociales*, vol. 4, n° 4, 2011.

PASQUIER Romain, GUIGNER Sébastien et COLE Alistair, *Dictionnaire des politiques territoriales*, Editions SciencesPo Les Presses. 2011.

PEREZ, René. « L'APA plombe les comptes. » *Le Télégramme*, 30 décembre 2010. http://www.letelegramme.fr/ig/dossiers/crise_departements/departements-l-apa-plombe-les-comptes-30-12-2010-1162383.php

RIEHM-COGNEE Anne, KESSLER Francis. « Une nouvelle réforme pour rien de l'aide aux personnes âgées dépendantes (Commentaire de la loi n° 2003-289 du 31 mars 2003). », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, Editions Dalloz, 2003.

VILLEZ, Alain, « Ethique, droit au choix, droit au risque et responsabilité dans les EHPAD », *Les cahiers de l'actif*, n°318-319, 2002

WANECQ Thomas. « La dépendance : les enjeux de la création d'un 'cinquième risque' », *Les politiques sociales*, PUF, 2010.

Sites internet

Site de la société de gérontologie de l'ouest et du centre, consulté le 01/05/2013 : <http://www.sgoc.fr/socios.htm>

Site de Epsilon : MARBOT C. et ROY D., Projections du coût de l'APA et des caractéristiques de ses bénéficiaires à l'horizon 2040 à l'aide du modèle Destinie, INSEE, 2012, consulté le 11/05/2013 : www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/14172

Site de la CNSA, consulté le 29/04/2013 : www.cnsa.fr

Site du ministère des affaires sociales et de la santé, consulté le 29/04/2013 : www.social-sante.gouv.fr

Site de Cap retraite. Service gratuit, consulté le 29/04/2013 : www.capretraite.fr

Site de Legifrance, consulté le 30/04/2013 : www.legifrance.gouv.fr

Site officiel de l'administration française, consulté le 15/05/2013 : <http://vosdroits.service-public.fr/F1229.xhtml>

Site de l'observatoire des retraites, consulté le 29/04/2013 : www.observatoire-retraites.org

Site de l'Agence nationale de l'aménagement du habitat, consulté le 11/05/2013 : www.anah.fr

Liste des annexes

Annexe I	Liste des entretiens semi-directifs menés
Annexe II	Grille d'entretien semi-directif
Annexe III	Grille AGGIR et Groupes iso-ressources
Annexe IV	Extrait de l'Etat de santé de la population en Bretagne, base du projet régional de santé de l'agence régionale de santé (ARS) Bretagne
Annexe V	Fiche d'évaluation des besoins du conseil général d'Ille-et-Vilaine
Annexe VI	Fiche de proposition de plan d'aide du conseil général d'Ille-et-Vilaine
Annexe VII	Dossier de demande de l'allocation personnalisée d'autonomie du conseil général du Finistère
Annexe VIII	Questionnaire familial pour l'allocation personnalisée d'autonomie du conseil général du Finistère

ANNEXE I : Liste des entretiens menés

Fonction de la personne interrogée	Date
Médecin départemental, responsable au sein du service action médico-sociale PA-PH Pôle Solidarité du conseil général d'Ille-et-Vilaine	Vendredi 3 mai 2013
Coordonnateur centre local d'information et de coordination de Rennes	Vendredi 3 mai 2013
Psycho-sociologue à l'institut régional du travail social de Bretagne	Vendredi 3 mai 2013
Directrice au sein de la direction des personnes âgées et des personnes handicapées du conseil général du Finistère	Lundi 6 mai 2013
Chef de service départemental de la coordination gérontologique et du handicap du conseil général du Finistère	Lundi 6 mai 2013
Chef de service territorial de la coordination gérontologique et du handicap du conseil général du Finistère	Lundi 6 mai 2013
Conseillère sociale en gérontologie du centre départemental d'action sociale de Rennes	Mardi 7 mai 2013
Directeur fédéral de l'ADMR (Aide à domicile en milieu rural) d'Ille-et-Vilaine	Mardi 7 mai 2013
Encadrante de proximité de l'ADMR de Saint-Brice-en-Coglès (35)	Lundi 13 mai 2013

ANNEXE II : Grille d'entretien semi-directif

Thème 1 : présentation de la personne et de la structure

- Description de l'institution
 - Sur la politique des personnes âgées (services, actions, ...)
- Parcours dans l'institution
 - D'autres fonctions dans d'autres institutions en lien avec l'APA ?
- Missions dans l'institution

Thème 2 : Présentation et mise en œuvre APA

- Données chiffrées non financières:
 - démographiques,
 - bénéficiaires : établissements, à domicile (différences entre les sexes)
 - Poids de la dépendance
 - Montants : montant moyen, évolution sur plusieurs années
 - Age d'entrée dans le dispositif (différences entre les sexes)
 - Périodicité de réévaluation
 - Délai d'instruction des dossiers
- Procédure d'urgence
 - Nombre de personnes utilisant la procédure d'urgence,
 - Description de la procédure
- Passage de la PSD à l'APA
 - Réalisation technique
 - Quels impacts en termes de ressources humaines, financières ?
- Evaluation des besoins de la personne
 - Nombre de personnes mobilisées, qualification,
 - Connaissance du dispositif par les personnes âgées
 - Quel effort de communication, de promotion ?
- Procédure d'attribution : plan d'aide
 - Participation de la personne et de la famille à l'élaboration
 - Existence d'un plan d'aide type ?
 - Participation du médecin traitant ?
- Grille AGGIR
 - Difficultés dans l'utilisation
 - Grille complémentaire ?
 - Communication sur la compréhension de la grille et son utilisation par les évaluateurs
 - Quelles conséquences ?
- Contentieux
 - Nombre de recours, de quelles natures : rejet d'office, attribution avec contestation du niveau de GIR
 - Evolution

- Utilisation de l'APA par l'utilisateur
 - Quelle utilisation : aide à la personne, habitat
 - Gestion du dispositif : par la personne âgée elle-même ou par une association
 - Utilisation du chèque emploi service possible ?
 - Quels sont les tarifs horaires pour les 3 types de prestation ?

Quel état des lieux de l'APA ?

Quelles difficultés liées à l'APA ?

Thème 3 : Financement

- Part et montant du budget alloué et son évolution dans le temps
 - Chiffres
 - Reste à charge par bénéficiaire
- Compensation de l'Etat ?
 - Qu'est-ce qu'elle recouvre ?
 - Quel part des dépenses APA ?
 - Est-elle suffisante ? A-t-elle été suffisante par le passé ?
 - Est-elle variable ou fixe pour chaque département ?
 - Votre opinion sur la question
 - Est-ce que les inégalités territoriales ont été compensées par la mise en place de la CNSA ?
- Quelles difficultés ?
 - Quelles ont été les conséquences de l'évolution de la charge de l'APA sur votre politique d'attribution ?
 - Problématique de la convergence PCH-APA
- Quelles évolutions envisagées, perspectives ?
 - Opinion personnelle : sentiment d'intégration
 - Qu'est-ce que la réforme doit intégrer
 - Vers plus de souplesse ou plus d'encadrement ?
 - Retour vers un recours sur succession ?

Thème 4 : Evaluation de l'APA

- Evaluation de la procédure (équipe médico-sociale, médecin, ...) = efficacité, efficience
 - Le dispositif vous semble-t-il suffisant ?
 - Existe-t-il des aides supplémentaires ? problématique des SAVS, transport, portage de repas
- Pratique de terrain : quelles conséquences pour la personne âgée ?
- Conséquences secondaires : emplois de service à la pers.
 - Nombre d'emplois créés

Thème 5 : Relation des acteurs

Acteurs de terrains (CLIC, Prestataires de service)

- Quelles sont les collaborations ?
 - Nombre d'associations agréées de service à la pers.
- Quelles sont les relations ?
 - Rythme des rencontres
 - Perception
- Positionnement de chacun des acteurs dans le dispositif
 - Quel ressenti de leur positionnement
- Place du médecin traitant
- Place des aidants, impact de l'APA sur les aidants

Acteurs institutionnels (sécurité sociale, CNSA, conseil général,)

- Quelles sont les collaborations en place ?
 - Y-a-t 'il une politique d'harmonisation régionale ?
- Quelles sont les relations ?
 - Rythme des rencontres
 - Perception de ces relations

Pouvez-vous nous résumer en quelques mots le dispositif APA de votre point de vue ?

ANNEXE III : Grille AGGIR et Groupes iso-ressources^{116,117}

La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) constitue un outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens.

L'évaluation se fait sur la base de dix-sept variables :

– dix variables dites "discriminantes" se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique et sont utilisées pour le calcul du GIR (groupe isoressources) : cohérence - orientation - toilette - habillage - alimentation - élimination - transferts (se lever, se coucher, s'asseoir) - déplacement à l'intérieur - déplacement à l'extérieur - communication à distance ;

– sept variables dites "illustratives", concernant la perte d'autonomie domestique et sociale, n'entrent pas dans le calcul du GIR mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide : gestion personnelle de son budget et de ses biens – cuisine – ménage – transports – achats – suivi du traitement – activités de temps libre.

Pour chacune des variables, il convient d'évaluer adverbe par adverbe chaque activité, puis en fonction de la réponse aux adverbes, de coder l'une des trois modalités qui lui est applicable (A, B ou C) :

A – fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement

B – fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.

C – ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

Les six groupes iso-ressources de la grille AGGIR classent les personnes âgées en fonction des aides à la personne ou des techniques commandées par leur état.

Ainsi :

¹¹⁶ ROSSO-DEBORD Valérie, *Rapport d'information au nom de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes*. Juin 2010.

¹¹⁷ Site officiel de l'administration française, consulté le 15 mai 2013. <http://vosdroits.service-public.fr/F1229.xhtml>

- le GIR 1 comprend les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ;
- le GIR 2 concerne les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ce groupe s'adresse aussi aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer ;
- le GIR 3 réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle ;
- le GIR 4 intègre les personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillement. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas ;
- le GIR 5 comporte des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;
- le GIR 6 réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

Seuls les quatre premiers GIR de la grille nationale ouvrent droit à l'APA, que les bénéficiaires se trouvent à domicile ou en établissement, à condition qu'ils répondent aux critères d'âge et de résidence. Les personnes âgées classées en GIR 5 et 6 peuvent néanmoins prétendre au versement des prestations d'aide ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

**ANNEXE IV : Extrait de l'Etat de santé de la population en Bretagne,
base du projet régional de santé de l'agence régionale de santé (ARS)
Bretagne¹¹⁸**

LES PERSONNES ÂGÉES

L'espérance de vie à 75 ans progresse mais reste inférieure à celle de la France

Malgré une forte diminution du taux de mortalité, l'espérance de vie à 75 ans est inférieure en Bretagne à celle de la France. Elle est de 9,5 ans pour les hommes (10 ans pour la France) et de 12,5 ans pour les femmes (12,8 ans France).

Des taux standardisés de mortalité plus élevés pour les maladies de l'appareil circulatoire et respiratoire¹¹⁹

En 2002-2004, les taux standardisés de mortalité générale sont supérieurs en Bretagne par rapport à la France métropolitaine (75,4 pour 1 000 contre 70,8 pour 1 000).

Cet écart est plus particulièrement observé pour les maladies de l'appareil circulatoire (29,5 décès pour 1 000 personnes contre 25,3 pour 1 000) (carte 1), les maladies de l'appareil respiratoire (6,4 décès pour 1 000 personnes contre 5,5 pour 1 000) et les chutes et lésions traumatiques (1,8 pour 1000 contre 1,6 pour 1 000).

En revanche, le taux standardisé de mortalité par tumeur des plus de 75 ans se situe dans la moyenne nationale (14,2 décès pour 1 000 personnes contre 14,3 pour 1 000).

Un taux de recours hospitalier en court séjour des plus de 75 ans légèrement inférieur en Bretagne au taux national

En 2005, 645 séjours pour 1 000 personnes ont été observés en Bretagne contre 664 en France métropolitaine (carte 2).

Des personnes âgées bretonnes aux revenus moins élevés

Le revenu fiscal médian breton des plus de 75 ans est inférieur à celui de la France métropolitaine : 11 442 euros contre 12 576 euros en 2005.¹²⁰

Par contre si le revenu fiscal médian est moindre, la part des bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse l'est également : avec 4,5% de personnes de 65 ans bénéficiaires en 2005, la Bretagne se situe en dessous du taux moyen de bénéficiaires en France métropolitaine qui est de 5%¹².

¹¹⁸ OBSERVATOIRE REGIONAL DE SANTE DE BRETAGNE, *Etat de santé de la population en Bretagne*, agence régionale de santé Bretagne. P.24. Septembre 2010.

¹¹⁹ Source : INSERM CépiDc, INSEE

¹²⁰ Source : INSEE – enquête revenus fiscaux

En Bretagne la part des bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est plus importante que dans le reste de la France

Le nombre de bénéficiaires de l'APA pour 100 personnes de plus de 75 ans est de 20,2 soit au-dessus de la moyenne nationale de 18,8 (carte 3).

Par ailleurs les bénéficiaires de l'APA sont passés de 723 000 au 30 juin 2003 en Bretagne à 1 094 000 au 30 juin 2008. Ils devraient être 1 307 000 en 2012¹²¹.

Un profil breton de perte d'autonomie proche de celui de la France

La répartition des bénéficiaires par GIR est comparable à celle observée au niveau national (tableau 4).

De nombreux bénéficiaires de l'APA en établissement

La Bretagne se distingue par un pourcentage de bénéficiaires de l'APA hébergés en établissement (52,1%) nettement supérieur à la structure nationale (38,3%) (tableau 5).

L'augmentation de la population âgée en situation de dépendance

Les projections à 2015 traduisent une croissance forte de la dépendance (+13,4% en Bretagne par rapport à 2006), en particulier pour les GIR 1 (+22%) et les GIR 2 et 3 (+15,8% et +15%).

La dépendance : des enjeux différenciés au sein de la région

Les enjeux de la dépendance se posent différemment entre les quatre départements de la Bretagne. Les projections à 2015 permettent d'identifier des évolutions plus fortes dans le Morbihan (+19.8%) et en Ille-et-Vilaine (+15%) que dans le Finistère (+9%) et les Côtes d'Armor (+11%) (tableau 6).

Maladie d'Alzheimer : une progression générale du nombre de malades en région

L'INSERM a estimé en 2007 dans son rapport, cité en ¹²² que 6% des personnes âgées de 65 ans et plus étaient atteintes par cette maladie. On estime à plus de 51 000 le nombre de bretons âgés de 75 ans et plus atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. Ce chiffre devrait être de plus de 58 000 en 2015 (tableau 7).

Le Finistère, le département de Bretagne où l'on estime le plus grand nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Le Finistère est le département où l'on estime le plus grand nombre de malades avec plus de 15 000 personnes atteintes de cette maladie en 2007. A l'horizon 2015, ce sont près de 17 000 personnes âgées de 75 ans et plus qui seront concernées par ce type d'affection.

A l'inverse, le département des Côtes d'Armor enregistre l'estimation la plus faible, soit environ 11 000 personnes en 2007 et 12 500 personnes à l'horizon 2015.

¹²¹ Source : DRESS

¹²² «La prise en charge des personnes âgées en Bretagne : bilan et perspectives». Pennec Etudes Conseils, DRASS de Bretagne, septembre 2009.

Les deux autres départements occupent une position plus médiane avec un nombre estimé de malades relativement proche (tableau 7).

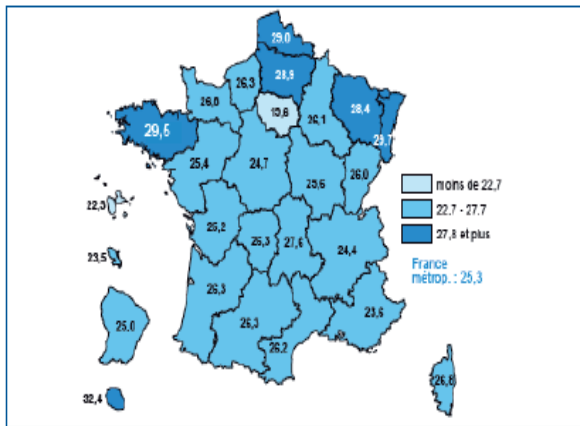
Un accroissement possible du nombre de malades plus fort en Ile-et-Vilaine et dans le Morbihan d'ici 2015

En termes de pourcentage d'évolution, on observe que le Finistère connaîtrait une augmentation de +19% d'ici 2015 par rapport à 2007, les Côtes d'Armor progressant de +20,8%. L'Ile-et-Vilaine et le Morbihan, pour leur part, verraient une évolution plus marquée du nombre de malades estimés d'ici 2015 : respectivement +27,7% et +27,8%.

La maladie d'Alzheimer serait sous diagnostiquée

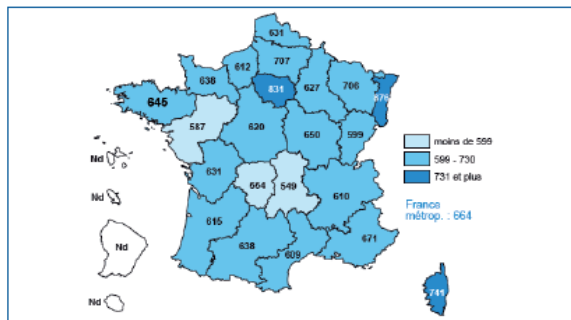
Au 31 décembre 2008, la Bretagne recensait plus de 14 000 personnes de 60 ans et plus bénéficiant d'une ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences, valeur très en deçà de l'estimation du nombre de cas réalisée à partir de la cohorte PAQUID (51 382).

1 Taux standardisés* de mortalité par maladies de l'appareil cardio-vasculaire chez les 75 ans et plus en 2002-2004 - nombre de décès pour 100 000 personnes



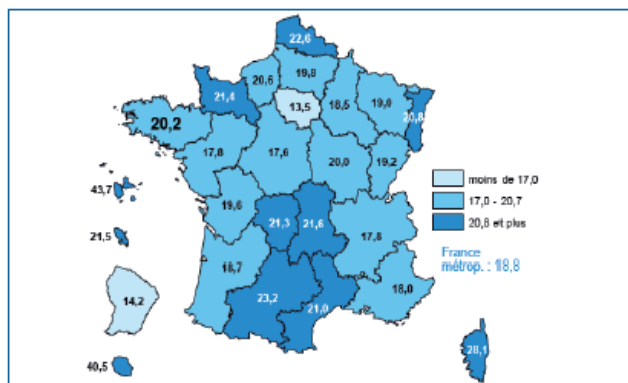
Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé
* taux standardisés sur la population au recensement de la population 1990

2 Taux standardisés* de séjours hospitaliers en court séjour chez les 75 ans et plus en 2005 - nombre de séjours pour 1 000 personnes



Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé
* taux standardisés sur la population au recensement de la population 1990

3 Bénéficiaires de l'allocation personnalisée à l'autonomie chez les 75 ans et plus au 31 décembre 2005 (en %)



Sources : Drees, Insee, Fnors Score-santé

4 Répartition en % des bénéficiaires de l'APA par GIR au 30 juin 2008

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
Bretagne	2,4%	18,1%	21,2%	58,3%
France	3,0%	17,9%	22,1%	57,0%

Sources : Drees

5 Nombre et répartition en % des bénéficiaires de l'APA par type d'hébergement au 30 juin 2008

	Total	bénéficiaires en établissement	bénéficiaires à domicile
Côtes d'Armor	13 612	54,5%	45,5%
Finistère	19 319	46,6%	53,4%
Ille-et-Vilaine	15 270	56,5%	43,5%
Morbihan	13 378	52,4%	47,6%
Bretagne	61 479	52,1%	47,9%
France	1 094 000	38,3%	61,7%

Source : La prise en charge des personnes âgées en Bretagne : bilan et perspectives - Pennec Etudes Conseil - Drass de Bretagne - septembre 2009.

6 Évolution en % par rapport à 2006 du nombre de personnes dépendantes âgées de 75 ans et plus à l'horizon 2015

		GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	TOTAL
Côtes d'Armor	2015	20,1	14,2	13	7,9	11,3
	2010	7,7	4,7	5,2	2,8	4,3
Finistère	2015	16,8	11,5	10	5,2	9,2
	2010	10,3	7,9	7,4	5,3	6,5
Ille-et-Vilaine	2015	23,6	19,2	17	11,6	15
	2010	12,2	9	9,9	7,3	9
Morbihan	2015	26,8	21,4	20	15,7	19,8
	2010	10,2	6,6	7	4,7	6,1
Bretagne	2015	22,3	15,8	15	9,7	13,4

Sources : Insee, modèle Omphale et estimations localisées de population. «La prise en charge des personnes âgées en Bretagne : bilan et perspectives» - PENNEC Etudes Conseils, DRASS Bretagne - septembre 2009.

7 Évolution du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (estimation à partir des taux de la cohorte PAQUID)

	Estimation du nombre de cas prévalents		
	2007	2010	2015
Côtes d'Armor	11 246	11 868	12 467
Finistère	15 265	16 087	16 846
Ille-et-Vilaine	13 013	14 018	15 244
Morbihan	11 858	12 929	14 135
Bretagne	51 382	54 902	58 692

Sources : France 2003 - cohorte PAQUID, Insee - Projections de population à partir du modèle Omphale

ANNEXE V : Fiche d'évaluation des besoins du conseil général d'Ille-et-Vilaine



ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

DEPARTEMENT D'ILLE ET VILAINE

EVALUATION DES BESOINS

Nom usuel

Prénom

Nom de naissance

Date de naissance

Rue, avenue, boulevard, lieu-dit

Commune

Date de la visite à domicile

1- GIR :

Légende :

	S	T	H	C	
Spontanément	A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... oui pour tous les adverbes
Totalement	B <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... non pour 1 à 3 adverbes
Habituellement	C <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	... non pour tous les adverbes
Correctement					

2- Variables illustratives

	A	B	C
1 CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis			
2 SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin			
3 MENAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers			
4 TRANSPORT : prendre et/ou commander un moyen de transport			
5 ACTIVITES DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisir Préciser ce que la personne âgée accomplit seule :			
6 ACHATS : acquisition directe ou par correspondance			
7 GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens			

Variables discriminantes (FACULTATIF : le GIR est établi par le médecin conseil territorial)

	A	B	C
1 TRANSFERTS : lever, coucher, asseoir			
2 DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR			
3 TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle			
4 ELIMINATION : hygiène			
5 HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter			
6 ALIMENTATION : manger les aliments préparés			
7 ALERTER			
8 DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR			
9 ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux			
10 COHERENCE : converser ou se comporter de façon sensée			

3 – Conditions de vie

HABITAT			
ISOLE <input type="checkbox"/>	REGROUPE	<input type="checkbox"/>	
<i>LOGEMENT</i>			<i>ACCESSIBILITE</i>
Appartement	<input type="checkbox"/>		Etage sans ascenseur <input type="checkbox"/>
Maison individuelle	<input type="checkbox"/>		Présence marches ou différents niveaux <input type="checkbox"/>
Nb de pièces : ... dont ... pièces occupées			Sols défectueux <input type="checkbox"/>
Chambre personnelle ou pour le couple	<input type="checkbox"/>		<i>SANITAIRES</i>
Logement insalubre	<input type="checkbox"/>		Absence eau courante <input type="checkbox"/>
			Absence eau chaude <input type="checkbox"/>
			WC extérieurs ou absents, WC non adaptés <input type="checkbox"/>
<i>EQUIPEMENT</i>			Absence de salle de bain <input type="checkbox"/>
Lave linge	<input type="checkbox"/>		Baignoire ou douches inadaptée <input type="checkbox"/>
Moyen de conservation	<input type="checkbox"/>		<i>CHAUFFAGE</i>
Téléphone	<input type="checkbox"/>		Problème approvisionnement <input type="checkbox"/>
			Chauffage défectueux ou inexistant <input type="checkbox"/>

ENVIRONNEMENT			
<i>RESEAUX PERSONNELS</i>			<i>ABSENCE DE RESEAUX PERSONNELS</i>
Vit seul(e)	<input type="checkbox"/>		Le week-end <input type="checkbox"/>
Vit avec une personne dépendante	<input type="checkbox"/>		Les vacances <input type="checkbox"/>
Vit avec une personne autonome	<input type="checkbox"/>		La journée <input type="checkbox"/>
Sans contact famille	<input type="checkbox"/>		<i>ABSENCE DE RESEAUX PROFESSIONNELS</i>
Sans voisinage ou voisinage indifférent	<input type="checkbox"/>		Les vacances <input type="checkbox"/>
Commerces inaccessibles	<input type="checkbox"/>		Le week-end <input type="checkbox"/>

4 – Aides techniques existantes et coûts

Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	Lit médical	<input type="checkbox"/>	
		Montauban	<input type="checkbox"/>	
Cannes	<input type="checkbox"/>	Lève-malade	<input type="checkbox"/>	
Déambulateur	<input type="checkbox"/>	Fournitures pour hygiène	<input type="checkbox"/>	
Autres	<input type="checkbox"/>			Coût : €/mois

5 – Nature de l'aide existante et des intervenants

	Fait seul	Famille	Entourage	Aide à domicile	SSIAD	Libéraux
Lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surveillance, accompagnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparation des repas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparation des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tâches domestiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion administrative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 – Identification des intervenants et services existants

	Parenté	Nom	Jours	Horaires
Famille Non salariée				
Voisins Non salariés	
SERVICES MENAGERS		Financeurs	Heures mensuelles	
Aide à domicile Gré à gré				
Mandataire				
Service(s)				
Services de soins				
Infirmier(e) libéral(e)				
Service portage de repas	
Service téléalarme	
Hébergement temporaire	
Accueil de jour			
Autres services (restaurant municipal portage médicaments...)	

7 – Observations et avis de l'équipe médico-sociale

HABITAT	SEUL	AVEC	PROGROUPE	EN	EN
ISOLÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LOGEMENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appartement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maison individuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chambres personnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logement insalubre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EQUIPEMENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lave linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareil de chauffage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESEAU PERSONNELS					
Nom		Famille		RESEAU PERSONNELS	
RESEAU PERSONNELS					

8 – Proposition de plan d'aide par l'équipe médico-sociale :

DATE : _____ Médecin : _____ Travailleur social : _____	SIGNATURES Médecin : _____ Travailleur social : _____
---	---

ANNEXE VI : Fiche de proposition de plan d'aide du conseil général d'Ille-et-Vilaine



ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE DEPARTEMENT D'ILLE ET VILAINE

Proposition de plan d'aide

Nom usuel

Prénom

Nom de naissance

Date de naissance

Rue, avenue, boulevard, lieu-dit

Commune

Téléphone

Référent social du Conseil général d'Ille et Vilaine:

Nom :

Prénom :

Tel :

Médecin conseil territorial :

Nom :

Prénom :

Tel :

Médecin traitant :

Nom :

adresse :

Tel :

Référent familial :

Nom :

Prénom :

Tel :

Nom :

Prénom :

Tel :

Représentant légal ou tuteur :

Nom :

Prénom :

Tel :

Association :

Adresse :

Tel :

NOM :

Prénom :

I – Plan d'aide préconisé :

	Aides à domicile	Familles ou proches	Autres services	COMMENTAIRES
Lever				
Coucher				
Toilette				
Habillage				
Aide à l'élimination				
Préparation des repas				
Prise des repas				
Déplacements				
Surveillance, accompagnement				
Courses				
Aide à la prise des médicaments				
Tâches domestiques				
Sorties, stimulation				
Aide administrative et financière				

Organisation du contenu du plan d'aide

Intervenants	Nom	Description hebdomadaire des interventions	Heures mensuelles	Heures financées
Prestataire				
Mandataire <input type="checkbox"/>				
Gré à gré <input type="checkbox"/>				

Soins infirmiers : SSIAD Centre de soins Infirmier(e) libéral(e) : Nom :

Tél : Fréquence :

Accueil de jour : / mois - **hébergement Temporaire :** / an - **garde de nuit :**/mois

Portage de repas : / mois **Téléassistance :** installée à installer

Décision d'APA : Accord à compter duau.....

Exonération de la participation forfaitaire : OUI NON

Accord du règlement direct des heures d'aides à domicile OUI NON

A compléter obligatoirement par le service destinataire du Plan d'aide

Le Service..... a été informé du plan d'aide préconisé le :

En cas de non mise en place ou de modification de ce plan d'aide, merci de prendre contact avec le référent social :

Une copie de cette page pourra être transmise au service avec l'accord du bénéficiaire

II – Plan d'aide Financé :

Participation à charge selon vos ressources :%

Eventuellement majoré d'une participation forfaitaire

Prestations	Plan d'aide Préconisé	Valorisation du plan d'Aide		
	Quantité	Quantité	APA versée par le CG/Mois	Destinataire
Aide à domicile Prestataire				
Semaine				
Dimanche				
Mandataire				
Semaine				
Dimanche				
Gré à gré				
Semaine				
Dimanche				
Garde de Nuit				
Portage de repas				
Télé assistance (en €)				
Hébergement temporaire				
Frais de transport (en €)				
Accueil de Jour				
Fournitures d'hygiène (en €)				
Autres				
		Total APA		

APA d'urgence

OUI

NON

NB : toutes les heures effectuées par le service, au-delà des heures financées dans votre plan d'aide, vous seront facturées au coût du service.

III – Proposition de prestation d'allocation personnalisée d'autonomie :

En application de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, vous pouvez prétendre au versement d'une allocation personnalisée d'autonomie, dans les conditions suivantes :

Votre dépendance a été évaluée en GIR :	<input type="text"/>
Montant mensuel du plan d'aide APA	<input type="text"/>
Votre participation évaluée selon vos revenus	<input type="text"/>
Montant mensuel versé par le Conseil Général	<input type="text"/>
Dont montant réglé au service prestataire	<input type="text"/>
Dont montant versé sur votre compte	<input type="text"/>

Durée du contrat :

En cas d'acceptation de cette proposition par le Président du Conseil général d'Ille et Vilaine, ce document fera fonction de CONTRAT.

Le présent contrat prendra effet à compter du :Au :


Son non respect entraînera la suspension par le Président du Conseil général d'Ille et Vilaine du versement de l'A.P.A. selon les modalités décrites ci-dessous.

Les pièces justificatives des dépenses acquittées vous seront réclamées lors du contrôle de l'effectivité de l'aide qui aura lieu annuellement. (Art. L232-16, R232-15 et R232-16 du Code de l'Action Sociale et des Familles)

<p style="text-align: center;">Contrôle de l'effectivité de l'aide et conditions de suspension de l'allocation</p> <p>Code de l'Action Sociale et des familles article L232-7 et Décret 2001-1085 du 20/11/2001 articles 19 et 20.</p> <p>Selon les textes en vigueur, le versement de l'A.P.A. peut être suspendu :</p> <ul style="list-style-type: none">- en cas de défaut de déclaration au Président du Conseil général, dans le délai d'un mois, du salarié ou du service d'aide à domicile à la rémunération desquels est affectée l'allocation,- si le bénéficiaire n'acquitte pas le ticket modérateur restant à sa charge,- sur rapport de l'équipe médico-sociale, soit en cas de non-respect du plan d'aide, soit lorsque le service rendu présente un risque pour la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral de son bénéficiaire. <p>Dans ces cas, le Président du Conseil général met en demeure le bénéficiaire ou, le cas échéant, son représentant légal, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, de remédier aux carences constatées (décret n°2001-1085, art. 20). Si l'allocataire ou son représentant n'a pas déferé dans le délai d'un mois à cette demande, le Président du Conseil général peut suspendre le service de l'allocation, par une décision motivée. Dans ce cas, cette dernière prend effet au premier jour du mois suivant sa notification à l'intéressé par lettre recommandée avec accusé de réception.</p> <p>Le service de l'A.P.A. est rétabli au premier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire justifie qu'il a remédié aux carences constatées.</p>

Le _____	Médecin	Travailleur social
Bon pour accord Le bénéficiaire ou son représentant	Le Président de la commission d'attribution de l'A.P.A.	

**ANNEXE VII : Dossier de demande de l'allocation personnalisée
d'autonomie du conseil général du Finistère**



CONSEIL GÉNÉRAL
Finistère
Penn-ar-Bed

DIRECTION DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

Allocation personnalisée d'autonomie

Dossier de demande

1ère demande A domicile

Renouvellement En établissement

Révision En foyer-logement

En famille d'accueil

Cadre réservé aux services départementaux

N° de DOSSIER

Date de dépôt : |_|_|_|_|_|_|_|

Date de relance : |_|_|_|_|_|_|_|

Date dossier complet : |_|_|_|_|_|_|_|

DEMANDEUR

M. M^{me} M^{lle}

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Nationalité : Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|

N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Régime de retraite principal :

N° d'affiliation à la caisse (obligatoire) :

Situation de famille

Célibataire <input type="checkbox"/>	Marié(e) <input type="checkbox"/>	Divorcé(e) <input type="checkbox"/>	Depuis le
Veuf(ve) <input type="checkbox"/>	Vie maritale <input type="checkbox"/>	Séparé(e) <input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _
		Pacte civil de solidarité <input type="checkbox"/>	

Résidence

Propriétaire <input type="checkbox"/>	Locataire <input type="checkbox"/>	Habite chez un enfant <input type="checkbox"/>	
Habite chez un tiers <input type="checkbox"/>	Famille d'accueil <input type="checkbox"/>	Etablissement <input type="checkbox"/>	Foyer-logement <input type="checkbox"/>

Adresse (préciser clairement le cas échéant le nom du tiers, de la famille d'accueil, de l'enfant ou de l'établissement)

Code postal : Localité :

Depuis le |_|_|_|_|_|_| N° de téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse antérieure (si déménagement ou entrée dans un établissement dans les 3 derniers mois qui précèdent la demande)

du |_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|

Code postal : Localité :

Pour les personnes étrangères, date d'arrivée en France

Le **demandeur** fait-il l'objet d'une **mesure de protection** ?

OUI

NON

en cours

Si OUI, laquelle ?

Tutelle

Curatelle

Sauvegarde de justice

Préciser le nom et adresse de la personne ou de l'organisme chargé de cette mesure :

Fournir
une copie
du jugement

N° de téléphone : _____

CONJOINT(E) OU CONCUBIN(E)

Nom _____

Nom de naissance _____

Prénom _____

Date de naissance

N° de Sécurité sociale

Si le conjoint ou concubin est décédé, préciser la date du décès : _____

Régime de retraite principal

Adresse

(Si différente de celle du demandeur)

Code postal : _____ Localité : _____

Autre(s) personne(s)

Vivant sous le même toit que le demandeur (hors conjoint(e) ou concubin(e))

Nom et prénom	Date de naissance	Parenté	Profession ou activité

Enfants ne vivant plus au foyer

Nom et prénom	Date de naissance	N° de téléphone	Adresse complète

Personne
à contacter
en cas de besoin

Nom, prénom, adresse, (préciser le lien avec le demandeur)

N° de téléphone : _____

ALLOCATIONS	Montant mensuel en Euros perçu par le	
	bénéficiaire	conjoint(e) ou concubin(e)
Allocation compensatrice pour tierce personne *	€	€
Majoration tierce personne *	€	€

Le demandeur bénéficie-t-il d'une prise en charge de service d'aide ménagère ? * OUI NON

Si OUI, financée par quel organisme ?

(Aide sociale, Caisse de retraite, Mutuelle, ...)

Nombre d'heures par mois

Montant

€

* Ces aides ne peuvent se cumuler avec l'allocation personnalisée d'autonomie

BIENS IMMOBILIERS

Le demandeur est-il propriétaire ou copropriétaire de biens immobiliers ?

Résidence principale OUI NON Résidence secondaire OUI NON

Est-elle occupée ? OUI NON par Conjoint Enfants

Petits-enfants Autres

En cas de refus de cette demande d'allocation personnalisée d'autonomie, le demandeur autorise le

Conseil général du Finistère à transmettre son dossier à sa caisse de retraite ... OUI NON

Le demandeur choisit de faire remplir le formulaire médical par :

son médecin traitant

le médecin du Conseil général du Finistère

Nom et prénom :

**Coordonnées
du médecin
traitant**

Adresse :

N° de téléphone : | | | | | | | | | |

Je déclare sur l'honneur que les déclarations contenues dans cette demande sont exactes.

A

, le : | | | | | | |

*Signature du demandeur
ou de son représentant légal*

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations
(article L 377-1 du Code de la sécurité sociale, article L 441-1 du Code pénal)

La loi N° 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme.

LISTE DES PIÈCES DEVANT ÊTRE JOINTES AU DOSSIER DE DEMANDE

**Le dossier sera déclaré complet
dès lors que toutes les pièces mentionnées ci-dessous seront fournies**

- Photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou du passeport de la Communauté européenne ou extrait d'acte de naissance,
- Pour les personnes étrangères, copie de la carte de résidence ou titre de séjour,
- Pour les gens du voyage, attestation d'élection de domicile dans une Commune ou un Département,
- Copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu du foyer,
- Si le demandeur est propriétaire, copie(s) des avis d'imposition relatifs à la taxe sur les propriétés bâties et à la taxe des propriétés non bâties,
- Un relevé d'identité bancaire ou postal au nom du demandeur.
Pour les personnes bénéficiant d'une mesure de protection, le paiement peut être fait au compte du bénéficiaire s'il est ouvert à son nom avec mention «sous tutelle de ...».

**Pour une étude personnalisée de votre dossier et de vos droits,
nous vous proposons de bien vouloir fournir les justificatifs suivants**

- Formulaire médical :
 - Si le demandeur est à domicile :*
 - Le formulaire médical joint
 - Si le demandeur est en établissement :*
 - La grille AGGIR réalisée par le personnel de l'établissement précisant le degré de perte d'autonomie,
 - La date d'entrée dans l'établissement
- Copie du jugement de tutelle, curatelle ou sauvegarde
(si le demandeur bénéficie d'une mesure de protection)
- Arrêté de tarification de l'établissement s'il est situé hors Finistère

100 000 100 000

Annexe VIII : Questionnaire familial pour l'allocation personnalisée d'autonomie du conseil général du Finistère



**CONSEIL
GÉNÉRAL**
Finistère
Penn-ar-Bed

Allocation personnalisée d'autonomie - APA
Questionnaire familial

Vous souhaitez faire une demande d'APA pour faciliter votre vie à domicile ?

Nous vous invitons à remplir ce questionnaire familial, avec l'aide d'une personne de votre entourage, si cela est nécessaire. Les informations recensées nous permettront de connaître votre situation afin d'adapter au mieux votre plan d'aide. Nous vous en remercions.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone (*obligatoire*) :

Document à remplir exclusivement par la personne âgée ou son entourage (famille, aide à domicile, aide soignante, etc.) le plus précisément possible, en répondant à toutes les questions, sans hésiter à exprimer toutes les difficultés rencontrées le jour comme la nuit.

Ce questionnaire est confidentiel et soumis au secret professionnel.

SITUATION

- La personne vit seule : oui non
- Sous protection juridique (*tutelle ou curatelle*) : oui non
- La personne a des visites régulières : oui non
(au moins une fois par semaine)
- La personne est aidée par la famille oui non
- La personne est aidée par une personne extérieure oui non
- Si oui : - Une aide à domicile d'une association oui non nbre d'heures / sem _____
- Une aide à domicile payée directement oui non nbre d'heures / sem _____
- Un service de soins oui non nbre d'heures / sem _____
- Cette aide est-elle suffisante ? oui non
- La personne voit correctement oui non aveugle
(avec lunettes si besoin)
- La personne entend correctement oui non sourde
(avec appareil si besoin)
- La personne parle correctement oui non pas du tout
- La personne a d'autres moyens pour se faire comprendre oui non
(écriture, gestes...)

TRANSFERTS - Ce n'est pas marcher, mais simplement changer de position : lever/coucher d'un lit, assis/debout d'une chaise

Changement de position, même avec une aide technique (potence, déambulateur, siège releveur, lit médicalisé...)

- La personne se lève-t-elle seule de son lit ? oui non parfois
- La personne se couche-t-elle seule dans son lit ? oui non parfois
- La personne se lève-t-elle seule d'une chaise ? oui non parfois
- La personne s'assied-elle seule sur une chaise ? oui non parfois

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence : _____

DÉPLACEMENTS EXTÉRIEURS

- La personne se déplace-t-elle seule à l'extérieur sans moyen de transport ? oui non
- La personne peut-elle utiliser seule un moyen de transport ? oui non

DÉPLACEMENTS INTÉRIEURS - Marcher seul, sans aide ou avec une canne ou un déambulateur. C'est aussi rouler seul son fauteuil. L'intérieur est constitué des pièces à vivre : chambre, cuisine ou salle à manger, salle de bain, W.C., couloir, boîte aux lettres, local poubelle.

- La personne se déplace-t-elle seule à l'intérieur ? oui non certaines pièces citées
- La personne tombe-t-elle ? oui non plus d'1 fois / semaine
- La personne utilise-t-elle : - une canne oui non
- un déambulateur oui non
- un fauteuil roulant oui non

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence : _____

TOILETTE

On ne tient pas compte de la toilette du dos seul ou du shampoing, des soins de manucurie, de pédicurie, ni du brossage des dents

La personne fait seule sa toilette, de manière satisfaisante et sans incitation ?

- Le haut du corps (*visage, rasage, torse, aisselles, mains, bras*) oui non en partie
- Le bas du corps (*toilette intime, pieds, jambes*) oui non en partie

La personne prépare-t-elle seule ses affaires de toilette ? oui non

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence : _____

COMMUNICATION A DISTANCE

La personne peut-elle utiliser seule un téléphone, une alarme, une sonnette ? oui non en partie

ÉLIMINATION URINAIRE

La personne a-t-elle des pertes d'urine incontrôlées le jour ? oui non fuites

La personne a-t-elle des pertes d'urine incontrôlées la nuit ? oui non fuites

La personne porte-t-elle des protections ? oui non le jour la nuit

La personne change-t-elle SEULE ses protections ? oui non parfois

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence :

ÉLIMINATION DES SELLES

La personne a-t-elle des pertes fécales incontrôlées ? oui non parfois

La personne s'essuie-t-elle correctement ? oui non

La personne porte-t-elle des protections ? oui non

La personne change-t-elle SEULE ses protections ? oui non parfois

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence :

HABILAGE - On ne tient pas compte des bas à varices ni des chaussettes de contention

La personne s'habille-t-elle de manière satisfaisante :

- Le haut du corps (*chemise, pull, etc.*) oui non en partie

- Le bas du corps oui non en partie

(*slip, collants, chaussettes, chaussures, pantalon, jupe...*)

- Boutonnage, lacets, ceintures, bretelles... oui non en partie

Sort-elle seule ses vêtements ? oui non

Change-t-elle seule de linge quand il est sale ? oui non

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence :

DÉSHABILAGE

La personne se déshabille-t-elle seule ? oui non en partie

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence :

ALIMENTATION - On part du principe que, comme dans les restaurants, les plats sont sur la table

La personne peut-elle se servir seule ? oui non en partie

(*couper la viande, se servir à boire, peler un fruit, ouvrir un yaourt, prendre du pain*)

La personne doit-elle être stimulée pour se servir ? oui non

La personne mange-t-elle seule ? oui non en partie

La personne mange-t-elle proprement ? oui non

La personne doit-elle être stimulée pour manger ? oui non parfois

La personne a-t-elle des difficultés pour avaler (*fausse route*) ? oui non

Si oui, fréquence

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence :

COHÉRENCE

Comportement

- La personne gère-t-elle ses papiers et ses rendez-vous ? oui non
- La personne se met-elle en danger ? oui non
- La personne a-t-elle des réactions inadaptées (*violence, cris, replis sur soi...*) ? oui non
- La personne a-t-elle souvent « les idées embrouillées » ? oui non

Communication

- La personne peut-elle téléphoner ? oui non
- La personne comprend-elle les phrases simples ? oui non
- La personne peut-elle exprimer des besoins simples ? oui non

Mémoire

- La personne oublie-t-elle souvent des faits récents ? oui non
- La personne doit-elle être guidée pour des tâches simples qu'elle faisait seule auparavant ? oui non

Précisions :

ORIENTATION

- La personne se retrouve-t-elle chez elle ? oui non
- La personne différencie-t-elle bien le jour de la nuit, le matin de l'après-midi ? oui non
- La personne connaît-elle les heures des repas ? oui non
- La personne repère-t-elle les visites régulières (famille, aide à domicile ...) ? oui non
- La personne se repère-t-elle dans de nouveaux lieux ? oui non

Précisions :

Je soussigné(e) M. ou Mme (nom et prénom)

Certifie exacts les renseignements fournis sur ce document.

SIGNATURE de la personne âgée ou de son entourage, en précisant le lien avec la personne âgée

Date : le / /

Nous pourrions avoir besoin de vous contacter au sujet de ce dossier. Pouvez-vous nous indiquer :

- Le numéro de téléphone de la personne qui a rempli ce dossier :

- nom et numéro de téléphone du service d'aide à domicile (s'il y en a un) :

- nom et numéro de téléphone du service de soins (s'il y en a un) :



Conseil général du Finistère
Direction des personnes âgées et des personnes handicapées

32 boulevard Dupleix
29196 Quimper Cedex Tél. 02 98 76 22 46

www
.cg29
.fr

**L'allocation personnalisée d'autonomie :
Enjeux et perspectives de la mise en œuvre territoriale
d'un dispositif national**

COME Anne-Lise (DESSMS)**HANN Christiane** (DESSMS)**LE SAULNIER Mickaël** (IASS)**DEMENET Nicolas** (IASS)**JOLY Caroline** (DS)**NAZE Jean-Marie** (DESSMS)**FAVRE Vincent** (DH)**LAMPIN Marianne** (AAH)**SAVARY Sébastien** (AAH)**Résumé :**

L'APA s'inscrit dans le sillon des politiques publiques à destination des aînés, en encourageant le maintien à domicile. Instaurée par le législateur en 2001, elle vise à répondre aux lacunes des dispositifs antérieurs (ACTP, PED, PSD). En ce sens, l'APA est un dispositif hybride : prestation financière mais également dispositif d'accompagnement des personnes âgées, pour l'évaluation de leurs besoins et la définition de leur plan d'aide individualisé.

Le dispositif APA est régi par un cadre national relativement strict mais sa mise en œuvre est territorialisée. Le choix d'une dévolution aux conseils généraux est présent dès le projet de loi, dans l'optique d'une gestion de proximité. Cette marge de manœuvre permet des initiatives locales en lien avec les spécificités propres à chaque territoire.

L'observation de la mise en œuvre territoriale, à travers l'étude comparative entre l'Ille-et-Vilaine et le Finistère, permet de vérifier la réalisation des objectifs fixés par le législateur. Ainsi, le soutien à l'emploi et l'amélioration de la prise en charge de la dépendance avec un maintien à domicile le plus longtemps possible, conformément aux aspirations des personnes âgées, sont effectifs.

Toutefois, des difficultés inhérentes à l'APA demeurent. La professionnalisation des aidants reste problématique et le maintien à domicile pose problème pour certaines catégories de personnes : les plus dépendantes, les plus démunies ou les plus isolées. Des différences s'observent tant à un niveau départemental qu'infra-départemental. Ces dernières sont pour partie expliquées par les difficultés financières que connaissent les conseils généraux.

En somme, la territorialisation du dispositif APA ne permet pas d'expliquer l'ensemble des disparités constatées. Les prévisions socio-démographiques en lien avec les projections financières rendent inévitable une réforme qui devra intégrer une réflexion sur le positionnement de la société à l'égard de ses aînés.

Mots clés : Allocation personnalisée d'autonomie, prise en charge de la perte d'autonomie, personnes âgées, mise en œuvre territoriale, financement de la dépendance

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs