

N° 64 • mai 2000

Une première étude sur la prestation spécifique dépendance à domicile (PSD) dans six départements analyse de façon comparée le fonctionnement institutionnel et les modalités de mise en œuvre de cette prestation. Mise en place en 1997, elle s'est inscrite dans des contextes départementaux variés allant d'un système d'actions déjà constitué en faveur des personnes âgées à une mise en place ex nihilo.

L'étude examine les conditions de mise en œuvre de la PSD à travers ses différentes étapes d'attribution : information, constitution du dossier et instruction administrative.

Elle retrace aussi les processus d'évaluation de la dépendance et de prise de décision.

Dans les six départements, l'élaboration des plans d'aide associe professionnels de santé et professionnels du secteur social.

Trois types de coordination entre conseils généraux et caisses de Sécurité sociale sont mis en évidence

selon le degré et la nature du partenariat développé.

La PSD occupe également une place variable dans l'ensemble de la politique gérontologique des départements.

Blanche LE BIHAN
Claude MARTIN
François-Xavier SCHWEYER
Avec la collaboration
de **Thomas FRINAULT, Alain**
JOURDAIN et Patricia LONCLE

Laboratoire d'analyse des politiques sociales
et sanitaires - ENSP Rennes

La prestation spécifique dépendance à domicile en pratiques dans six départements

La prestation spécifique dépendance (PSD), instaurée par la loi du 24 janvier 1997, s'est substituée à l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), désormais réservée aux handicapés de moins de 60 ans¹. Cette prestation, soumise à des conditions de ressources, est limitée aux personnes les plus dépendantes. Elle a succédé à la « prestation expérimentale dépendance » qui avait été mise en place dans douze départements. L'objet de cet article est d'analyser le fonctionnement institutionnel de la prestation spécifique dépendance à domicile et sa mise en œuvre à partir de l'étude comparée de six départements, ainsi que de faire état du point de vue des acteurs sur le dispositif (encadré 1).

L'avant 1997 ou les fondements de la PSD

La mise en place de la PSD s'est inscrite dans des contextes départementaux variés. « L'avant

1. Voir pour les conditions d'attribution Catherine Borrel, « La prestation spécifique dépendance au 31 décembre 1999 », Études et résultats n° 56, mars 2000.



PSD » a ainsi pesé sur la façon dont le dispositif a été reçu et compris. Les six départements étudiés présentent des configurations différentes qu'il est possible de classer selon un continuum allant d'un système d'actions déjà constitué et structuré à une mise en place *ex nihilo*. Quatre éléments permettent de caractériser ce contexte :

- Une réflexion préalable : Dans cinq départements sur six, la mise en place a été discutée avant le vote de la loi. Les débats qui l'ont précédée ont été largement diffusés et les travaux préparatoires à la mise en œuvre de la prestation spécifique dépendance ont commencé tôt.

- L'impact de la prestation expérimentale dépendance (PED) : l'expérimentation de la prestation dépendance a eu des effets en termes d'apprentissage et de partenariat dans cinq départements sur six. L'impact a été sensible dans les deux départements

expérimentateurs, même si, dans le département A, la PSD a été perçue comme un recul par rapport au dispositif expérimental qui associait l'ensemble des partenaires (Conseil général et caisses de retraite) en tant que financeurs. La PED a eu aussi des effets indirects dans les départements qui se sont instruits des expériences conduites ailleurs. L'effet a ainsi été indirect et positif lorsqu'il y a eu transfert d'expérience par analyse ou via une caisse régionale d'assurance maladie branche retraites (CRAM) ayant participé à une expérimentation dans un autre département de la région.

- Le partenariat : les départements expérimentateurs disposent de réseaux de partenariat visant à coordonner les actions en faveur des personnes âgées d'ores et déjà constitués et rodés (départements A et B). Dans le département F, le partenariat qui préexistait entre les caisses et une

association d'aide à domicile a été modifié et élargi par le Conseil général, à l'occasion de la mise en œuvre de la PSD. Dans les autres départements, il ne semble pas qu'un partenariat structuré en faveur de la prise en charge des personnes âgées dépendantes ait pu être mobilisé. Il a fallu au contraire le constituer.

- La politique du Conseil général : les six départements se sont investis dans le dispositif PSD comme maîtres d'œuvre et pilotes, mais sans en faire partout un élément « phare » de la politique du Conseil général. La volonté d'impulser en ce domaine une politique propre au Conseil général a été différente selon les départements et selon le degré de partenariat dans l'élaboration du dispositif. Ainsi, le département A est dans la continuité du volontarisme qui a présidé à son implication dans la PED, l'accent est donc mis sur le partenariat institutionnel. Le département C, en choisissant de s'appuyer sur l'expérience acquise par la CRAM dans un département expérimental de la région, est lui aussi dans une logique partenariale forte. Pour le département F, la PSD constitue une opportunité pour investir un domaine que le département avait jusqu'ici laissé aux caisses de Sécurité sociale et permet donc de disposer de nouveaux moyens d'intervention pour développer une action sociale rénovée. Enfin, le département E a défini sa politique de façon unilatérale, avant la réflexion sur la convention constitutive² avec les caisses.

E•1

Méthodologie

L'objectif de cette étude, commandée par la DREES, est d'analyser le fonctionnement institutionnel et la mise en œuvre de la prestation spécifique dépendance à domicile (PSD) à partir de l'étude de six départements.

Le dispositif PSD a été étudié depuis les guichets de réception des demandes d'allocation jusqu'à l'attribution, puis de l'attribution aux procédures de suivi des allocataires. L'enquête s'appuie sur des entretiens semi-directifs menés auprès d'une centaine de représentants institutionnels (entre 10 et 20 par site) : Conseil général, associations d'aide à domicile, centres communaux d'action sociale, caisses de retraite.

Six départements¹ ont été sélectionnés en tenant compte d'une série de variables, dont la répartition par grande région géographique et la participation à la PED (tableau).

	Potentiel fiscal en 1998	Part des 75 ans et plus dans la population (en %) en 1998	Nombre de bénéficiaires de la PSD pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 31 décembre 1999)
A	1 269	6,1	32,6
B	1 038	10,3	38,7
C	1 259	5,1	n.d.
D	1 195	7,7	24,7
E	2 082	4,1	16,8
F	1 706	5,4	16,5

L'équipe de recherche est composée de : Martine BELLANGER, Pierre-Henri BRECHAT, Thomas FRINAULT, Alain JOURDAIN, Blanche LE BIHAN, Patricia LONCLE, Claude MARTIN, Grégory RUCK, François-Xavier SCHWEYER (LAPSS-ENSP) et de François BIGOT et Thierry RIVARD (LERFAS-Tours) ; Responsable scientifique : Claude MARTIN, directeur du LAPSS. Coordination : Blanche LE BIHAN. Assistante du laboratoire : Régine MAFFEIS.

1. Le Bas-Rhin, l'Essonne, l'Ille-et-Vilaine, l'Indre, l'Hérault et le Nord.

2. Voir article 1 de la loi du 24 janvier 1997 : « Afin de favoriser la coordination des prestations servies aux personnes âgées dépendantes, d'accomplir les tâches d'instruction et de suivi de ces prestations et de préciser les modalités de cette coordination, le département conclut des conventions avec les organismes de Sécurité sociale ».

De l'information à la constitution des dossiers des bénéficiaires

Les pratiques de mise en œuvre de la PSD à domicile dans les six départements sont ici appréhendées à partir des différentes étapes d'attribution de la PSD que sont l'information, la constitution du dossier, et l'instruction administrative.

■ Deux niveaux d'information : auprès des professionnels et des usagers.

La mise en œuvre du dispositif PSD à domicile a nécessité une vaste campagne d'information dans les six départements, auprès des professionnels du secteur social et sanitaire et des centres communaux d'action sociale (CCAS), d'une part, des usagers, d'autre part. Dans cinq départements sur six, l'information auprès des professionnels et des CCAS a fait l'objet d'une organisation systématique. Elle revêt différentes modalités : des plaquettes d'information, des réunions, des rencontres afin d'exposer de façon très précise le dispositif PSD.

L'information auprès des usagers a également pris partout différentes formes : l'information donnée par les professionnels qui deviennent des relais du dispositif, des dépliants et plaquettes mis à disposition du public, l'organisation de rencontres avec la population.

Des difficultés inhérentes à une bonne diffusion de l'information ont généralement été constatées. Elles sont de quatre ordres : en premier lieu, cette information provient de sources diverses (travailleurs sociaux, médecins, administratifs...), aux points de vue

forcément pluriels ; l'assimilation du dispositif, parfois perçu comme complexe, a pu poser problème notamment pour les petits CCAS ; une difficulté générale a été constatée pour toucher les médecins généralistes, interlocuteurs essentiels de la personne âgée ; l'information n'est enfin perçue comme pertinente par l'utilisateur qu'au moment où un problème survient, ce qui pose la question de la continuité de l'action informative qui n'est, par définition, jamais achevée.

■ La constitution des dossiers : un rôle plus ou moins central des CCAS.

Un dossier unique de demande d'aide ménagère et de PSD existe dans trois départements sur six et est en cours de négociation dans au moins l'un des trois autres (tableau 1). Les pièces justificatives sont les mêmes – le certificat médical rempli par le médecin traitant, une fiche familiale d'état civil, les justificatifs de résidence pour les étrangers, les justificatifs de « l'ensemble des revenus et de la valeur en capital des biens non productifs des revenus » (loi 24 janvier 1997, article 6). C'est sur ce dernier point que l'on peut constater certaines variations quant à la précision de la liste des pièces demandées.

Dans les six départements, le CCAS est présenté comme le lieu privilégié de rencontre avec l'utilisateur. Cependant son implication n'est pas la même partout. Trois cas de figure apparaissent :

- Le CCAS peut d'abord être l'acteur principal de la constitution du dossier : dans les départements A, C, et les villes du département F, le CCAS est le lieu de retrait, de dépôt et d'aide à la constitution du dossier. L'UNCCAS est d'ailleurs signataire de la convention constitutive du département A.

- Le CCAS est le lieu de dépôt et de retrait du dossier, mais l'aide à sa constitution est apportée soit par les

CCAS soit par les conseils généraux, voire par les associations d'aide à domicile (département E).

- Le Conseil général reste l'acteur principal de cette phase de constitution du dossier (départements B et D). Ainsi dans le département B, le CCAS est le lieu de retrait du dossier, qui est ensuite pris en charge par le Conseil général.

L'instruction administrative du dossier est effectuée par les services administratifs spécialisés ou polyvalents du Conseil général, qui vérifient que le dossier est complet et procèdent à son instruction, notamment en ce qui concerne les ressources. La procédure d'évaluation médico-sociale est alors lancée. Dans le département F, elle est effectuée parallèlement à l'instruction administrative. Dans le département C, une certaine souplesse permet au Conseil général de commencer l'évaluation avant la fin de l'instruction administrative.

Les processus d'évaluation de la dépendance et de prise de décision

L'évaluation de la dépendance est effectuée dans les six départements par des équipes médico-sociales qui associent travailleurs sociaux et professionnels de la santé (comme défini dans l'Article 3 de la loi du 24 janvier 1997), à partir de la grille AGGIR³ (tableau 2). L'instance de décision constitue le principal élément distinctif des six départements, dans sa structuration comme dans son fonctionnement (tableau 3). Dans trois départements, une structure spécifique a été mise en place au moment de l'élaboration du dispositif : l'équipe technique dépendance dans le département A, le Comité de décision dans le département D, et la Commission consultative dans le département E. Dans les départements B et F, il s'agit d'une « équipe médico-sociale élargie », c'est-à-dire de l'équipe médico-so-

3. Voir *opus* cité, page 3, « Définition des groupes iso-ressources de la grille AGGIR ».

T
01

constitution du dossier

	Caractéristiques du Dossier	Procédure de constitution	Conditions d'attribution	Remarques
Département A	- Dossier unique PSD / aide ménagère des Caisses. - Dossier simplifié.	- Dossier retiré au Centre communal d'action sociale (CCAS), déposé au CCAS et constitué avec l'aide du CCAS.	- Le Conseil général a étendu le plafond de 300 000 F à la récupération sur donation. - Projet de lever le plafond de la récupération sur succession à 500 000 F. - Étendu au groupe iso-ressources (GIR) 4 pour les prises en charge de plus de 30 h.	- Modification PED / PSD : les assistantes sociales ne suivent plus le dossier d'un bout à l'autre puisque le CCAS est désormais l'acteur principal de cette phase de constitution du dossier. - Il y a un véritable souci de suivre la procédure définie dans la convention.
Département B	- Dossier spécifique. - Dossier simplifié.	- Dossier retiré au CCAS. - Constitué avec les services administratifs du Conseil général. - Renvoyé au Conseil général qui doit donc demander de son côté l'avis du maire.	- Aucun réajustement : dispositions définies par la loi.	- Souplesse de fonctionnement : coordination Conseil général - CCAS non formalisée.
Département C	- Dossier unique aide ménagère CRAM / PSD. - Dossier simplifié.	- CCAS lieu de retrait, de constitution et de dépôt du dossier.	- Récupération sur succession fixée au-delà de 500 000 F lorsqu'elle concerne le conjoint.	- C'est le CCAS qui a le rôle principal au niveau de la constitution du dossier. Le CCAS a demandé un allègement de la procédure.
Département D	- Dossier spécifique. - Dossier ministère.	- Retrait du dossier au CCAS et au Conseil général. - Le Conseil général n'a pas souhaité que le CCAS constitue le dossier (trop de dossiers incomplets) - Conseil général, lieu de dépôt.	- Aucun réajustement : dispositions définies par la loi.	- Pas d'aide à la constitution du dossier. - Le CCAS a un rôle secondaire.
Département E	- Dossier spécifique. - Dossier ministère.	- Le CCAS est le lieu de retrait et de dépôt. - Aide à la constitution par les acteurs multiples (CCAS, assistantes sociales, Conseil général...).	- Création d'une allocation de transition pour les GIR 4 qui perdent l'ACTP.	- Flexibilité du dispositif. - Problèmes liés aux difficultés de certains CCAS pour constituer le dossier. Des dossiers arrivent incomplets au Conseil général. - Avis du maire souvent demandé une fois le dossier rempli et déclaré complet.
Département F	- Dossier unique aide ménagère des caisses / PSD. - Dossier simplifié.	- Lieu de retrait et dépôt : CCAS et Conseil général. - Les CCAS urbains constituent le dossier; pour les petits CCAS, c'est le Conseil général qui aide à sa constitution.	- Aucun réajustement : dispositions définies par la loi.	- Rôle important des CCAS des grandes villes.

4

ciale d'évaluation à laquelle s'ajoutent des représentants des caisses dans le département B, des agents administratifs dans le département F. Dans le département C, enfin, il n'y a pas d'instance de décision spécifique.

Les notions de coordination et de partenariat – posées dans l'article 1 de la loi du 24 janvier 1997 – peuvent avoir des acceptions diverses. Il existe ainsi différentes configurations de relations entre les acteurs institutionnels (Conseil général et caisses de Sécurité sociale) et/ou les profes-

sionnels (des secteurs sociaux et sanitaires) associés dans le dispositif PSD, mais que l'on retrouve aussi dans le cadre plus global de la politique gérontologique.

■ **La coordination professionnelle entre travailleurs sociaux et médecins pour l'évaluation des besoins de la personne âgée.**

Du point de vue de la coordination professionnelle, il est intéressant de distinguer : les départements où seuls les travailleurs sociaux se déplacent à domicile pour procéder à

l'évaluation du GIR (B, C et E) ; les départements où deux visites sont nécessaires (A et F) : celle du travailleur social qui s'intéresse aux besoins de la personne âgée dans son environnement social et familial et celle du médecin qui s'attache à la dimension médicale des problèmes ; le cas du département D, enfin, où l'évaluation est faite indifféremment par le travailleur social ou l'infirmière. Le département E se dirige vers une solution similaire puisque le recrutement de deux infirmières est en cours.

Dans tous les cas, la concertation entre les professionnels de santé et les professionnels du secteur social est présentée comme un élément essentiel de l'évaluation. Que le médecin se déplace ou non, la réunion de l'équipe médico-sociale est un moment central du dispositif qui permet la formulation du plan d'aide.

Trois types de coordination entre conseils généraux et caisses de Sécurité sociale

■ Des coordinations institutionnelles variables autour de la PSD.

- Un premier type de coordination associe dans les départements A et C le Conseil général et les caisses de retraite dans la procédure d'évaluation de la dépendance comme dans la prise de décision (tableau 3). Ainsi l'évaluation des besoins de la personne âgée est effectuée par les personnels des caisses et du Conseil général qui composent l'équipe médico-sociale. De même, la décision d'attribution de la prestation est discutée collectivement par les différents partenaires. Dans le département A, les représentants de la CRAM et de la MSA exposent l'ensemble des plans d'aide proposés, le médecin coordonnateur du Conseil général présente le volet plus médical, tandis que le contrôleur des lois s'attache à la dimension administrative.

- Un deuxième mode de coordination est possible s'appuyant sur un partenariat entre le Conseil général et les caisses pour l'évaluation de la dépendance, et une responsabilité exclusive du Conseil général en matière de décision : départements D et F. L'équipe médico-sociale est composée de travailleurs sociaux du Conseil général et des caisses ainsi que de médecins (ou d'infirmières pour le département D) du Conseil général. La décision d'attribution elle-même appartient au Conseil général.

- Enfin, dans un troisième cas de

figure, le Conseil général maîtrise directement l'ensemble du dispositif d'évaluation et de décision (départements E et B). Dans le département E, l'évaluation PSD est effectuée par des travailleurs sociaux du Conseil général exclusivement. Mais les évaluations du GIR effectuées par les caisses lors d'une demande d'aide ménagère sont reprises et validées par l'équipe médico-sociale du Conseil général quand la personne évaluée en GIR 1, 2, ou 3 doit finalement faire une demande de PSD. La décision finale d'attribution de la PSD est prise par le Conseil général. Les représentants des caisses sont présents dans la Commission d'attribution, mais le partenariat institutionnel concerne initialement l'échange d'information et la coordination des aides de chacun. Ce partenariat connaît des évolutions puisque les demandes rejetées de PSD sont désormais prises en charge par les caisses dans le cadre de l'aide ménagère. On peut donc parler d'une gestion concertée du dispositif PSD.

Dans le département B, les institutions partenaires ne participent pas aux évaluations de l'équipe médico-sociale, et si elles sont présentes aux réunions de décision, elles n'ont aucun pouvoir délibératif.

■ Des configurations qui peuvent être différentes pour l'ensemble de la politique gérontologique.

La mise en œuvre de la PSD n'est pas forcément représentative des coordinations institutionnelles existant dans les départements sur le plan plus global de la politique gérontologique. On peut à nouveau dégager trois catégories de départements :

- Les départements qui ont investi la PSD pour développer leur partenariat institutionnel : le département A a ainsi fait de la PSD le noyau de son action en direction des personnes âgées. Les différentes instances et procédures mises en place dans le cadre de la PED puis de la PSD cons-

tituent le pivot de l'action développée. Le département F a lui aussi investi le dispositif PSD, mais depuis 1997 seulement. La procédure et le partenariat sont donc en cours d'élaboration.

- Les départements où la PSD a impulsé ou relancé une politique gérontologique sans en être le noyau central (C, D et E). Ainsi, la coordination gérontologique, qui se développe dans le département E, s'appuie sur des instances médico-sociales territorialisées et la formation d'un personnel spécifique, donc sur les équipes médico-sociales créées dans le cadre de la PSD. Dans le département D, la mise en œuvre de la PSD a favorisé le développement, sur chacun des onze bassins gérontologiques, d'associations (une infirmière, une assistante sociale et une secrétaire) co-financées pour l'essentiel par l'État, les caisses et le Conseil général.

- Les départements pour lesquels la PSD vient s'inscrire dans une action gérontologique préexistante plus globale, associant étroitement les différents partenaires institutionnels : il s'agit par exemple du département B et de son réseau de coordination gérontologique locale (au niveau des cantons) qui s'est développé dès le début des années 90. Dans ce dernier cas, la compréhension de la politique gérontologique et du partenariat institutionnel qu'elle induit est insuffisante par « l'entrée PSD » qui n'est qu'une des réponses du Conseil général aux problèmes de la dépendance.

La mise en œuvre des plans d'aide

■ Des tarifs de référence différents selon les départements.

Chaque Conseil général fixe des coûts horaires de référence pour la valorisation des plans d'aide. Dans quatre départements sur six, il existe trois tarifs ; dans un cas, deux tarifs seulement et dans le dernier cas, un

T 02 l'évaluation médico-sociale de la dépendance :
outil, visite, procédure

	Outil	Visite	Procédure
Département A	<ul style="list-style-type: none"> - Fiche de liaison. - Grille d'évaluation des besoins avec volet environnement et volet AGGIR. - Certificat médical du médecin. 	<ul style="list-style-type: none"> - Une visite par une assistante sociale et une visite par un médecin. - Durée 1h30 environ. - En présence d'un membre de la famille ou d'un intervenant du secteur socio-sanitaire si souhaité. - Concertation des intervenants auprès de la personne âgée en fonction de l'évaluateur. 	<ul style="list-style-type: none"> - Partenariat institutionnel et professionnel fort. - Au terme des deux évaluations distinctes, une concertation a lieu en vue de la formulation d'un plan d'aide unique. <i>Procédure d'évaluation plutôt formalisée.</i>
Département B	<ul style="list-style-type: none"> - Dossier « enquête médico-sociale » : fiche de renseignements administratifs, fiche d'évaluation de la dépendance (commune à l'ensemble des partenaires CRAM, MSA, ORGANIC, Conseil général, associations d'aide à domicile) et incluant la grille AGGIR. 	<ul style="list-style-type: none"> - Une visite par une assistante sociale. - Durée 1h00-1h30. - Présence de la famille souhaitée. - Contacts et concertation avec les différents intervenants auprès de la personne âgée au cœur de la démarche. 	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation par le Conseil général : l'assistante sociale évalue les besoins à domicile. - Le médecin intervient sur la composante médicale du groupe iso-ressources (GIR). - Il examine le document rédigé par le médecin traitant du demandeur. S'il observe une discordance entre le document du médecin et le dossier, il entre en contact avec le médecin traitant et peut éventuellement accompagner l'assistante sociale à domicile. <i>Procédure d'évaluation souple, au cas par cas.</i>
Département C	<ul style="list-style-type: none"> - Dossier sur ordinateur portable : grille AGGIR et fiche d'évaluation. - Certificat médical. 	<ul style="list-style-type: none"> - Une visite par un travailleur social. - Durée : 1h00-1h30 - En présence d'un membre de la famille 	<ul style="list-style-type: none"> - La présence d'un membre de la famille est jugée indispensable. <i>Procédure d'évaluation souple.</i> - <i>Le partenariat institutionnel repose sur la confiance.</i>
Département D	<ul style="list-style-type: none"> - Grille AGGIR. - Certificat médical du médecin traitant. 	<ul style="list-style-type: none"> - Une visite par une assistante sociale ou une infirmière. - Durée : 1h00-1h30 - Présence de la famille souhaitée. - Concertation des associations existe, même si elle est insuffisante. - Concertation en fonction de l'évaluateur. 	<ul style="list-style-type: none"> - Au terme de la visite, les évaluateurs ont souvent une idée précise du plan d'aide. La grille AGGIR n'est pas formellement enrichie mais l'appréciation faite sur les lieux par l'évaluateur est prise en compte. <i>Procédure d'évaluation plutôt souple.</i>
Département E	<ul style="list-style-type: none"> - Grille AGGIR. - Fiche de coordination gérontologique. - Fiche de synthèse. - Certificat médical. 	<ul style="list-style-type: none"> - Deux visites par une assistante sociale sont souvent nécessaires - Durée : 1h00-1h30 - Un membre de la famille peut être présent. - Concertation avec les intervenants auprès de la personne âgée en fonction des liens entre l'évaluateur et les associations. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les assistantes sociales du Conseil général procèdent à l'évaluation à domicile (GIR et définition des besoins). - S'il s'agissait initialement d'une demande d'aide ménagère, le GIR a été évalué par l'assistante sociale des caisses. Il n'est jamais remis en question et est repris pour l'évaluation des besoins. - Le plan d'aide est élaboré à partir de l'évaluation du travailleur social et le certificat médical du médecin traitant (il est conçu comme essentiel puisqu'il constitue la principale évaluation médicale de la personne). <i>Procédure d'évaluation souple.</i>
Département F	<ul style="list-style-type: none"> - Grille AGGIR pour les médecins. - Les outils des assistantes sociales différents selon l'institution. - Le Conseil général a une grille pour l'aide à la personne qui s'inspire de la grille AGGIR, les autres reprennent la grille AGGIR avec des informations supplémentaires. 	<ul style="list-style-type: none"> - Une visite par une assistante sociale - Une visite par un médecin. - Durée : 1h00 environ. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les associations procèdent à une première évaluation du GIR, qui n'est pas prise en compte mais marque l'entrée dans le circuit. - La première visite est celle du médecin qui établit le GIR. La seconde est effectuée par l'assistante sociale qui ne connaît pas toujours le GIR avant sa visite, ce qui est perçu comme un problème. - Concertation pour élaborer le plan d'aide. <i>Procédure complexe.</i>

6

tarif unique. Ces différents tarifs correspondent à trois modalités de prise en charge : la prestation de service direct à domicile ; le service mandataire, qui recrute l'intervenant à domicile et prend en charge les démarches administratives mais où la personne âgée reste juridiquement l'employeur ; le gré à gré où la personne âgée exerce en direct ses fonctions

d'employeur. Dans tous les départements, la fixation de ces tarifs est l'objet d'une négociation entre le Conseil général et les associations d'aide à domicile.

Dans cinq départements sur six, les services prestataires et mandataires sont privilégiés dans la plupart des plans d'aide. Les équipes médico-sociales qui établissent le plan d'aide

avec le bénéficiaire et la famille, insistent sur les avantages du service prestataire qui simplifie la gestion quotidienne et sur l'intervention d'un professionnel qui permet de soulager la famille.

La question des tarifs peut être un véritable enjeu dans certains départements : couvrent-ils réellement le prix de revient des services proposés ?

T
03 processus de décision

	Instance d'attribution	Fonctionnement	Remarques
Département A	- Équipe technique dépendance (ETD) : le médecin coordonnateur du Conseil général, contrôleur des lois, un représentant MSA, un représentant CRAM.	- Le médecin coordonnateur expose la dimension médicale du dossier, le représentant CRAM ou MSA expose le plan d'aide. 90 % des plans d'aide sont entérinés. - La discussion porte sur le nombre d'heures proposées.	- La décision est collective, le partenariat institutionnel réel. - Les assistantes sociales de l'EMS ne sont pas présentes aux réunions de l'ETD. - Instance de régulation : Comité de suivi.
Département B	- Équipe médico-sociale (EMS) élargie (EMS+représentants CRAM et MSA).	- La réunion est centrée sur l'examen du plan. Le plan d'aide est examiné quel que soit le GIR. - Le GIR n'est jamais remis en question.	- Pas de pouvoir délibératif des caisses, mais cette instance d'attribution n'est pas forcément significative du degré de partenariat institutionnel. - Information partagée, pas de divergence d'appréciation. - Les refus PSD sont automatiquement pris en charge par les caisses.
Département C	- Pas d'instance particulière.	- Décision prise par l'EMS qui réunit les assistantes sociales qui ont procédé à l'évaluation à domicile et exposent les dossiers, et les médecins du Conseil général.	- Coordination institutionnelle CRAM – Conseil général étroite. - Soucis de ne pas complexifier la procédure.
Département D	- Comité de décision qui réunit le chef de service du Conseil général, un agent administratif, représentant de chacune des EMS, une secrétaire de l'un des trois secteurs.	- Chacun va présenter les dossiers de toute l'équipe. Il s'agit pour les évaluateurs de justifier leur plan d'aide. - Le GIR n'est jamais discuté, mais le comité peut modifier la valorisation du plan d'aide.	- Coordination institutionnelle « en chantier » : pour le moment, la décision est prise par le Conseil général. La coordination institutionnelle se joue en dehors de la PSD avec les bassins gérontologiques.
Département E	- Commission consultative : chef de service du Conseil général, contrôleur des lois, un médecin, les travailleurs sociaux, des représentants CRAM.	- Les travailleurs sociaux des EMS exposent les plans d'aide. - Lorsqu'il s'agit d'un dossier MSA ou CRAM, il est exposé par les assistantes sociales MSA et CRAM. - La MSA n'est présente que lorsqu'elle a des dossiers.	- Le partenariat est « en chantier » : la décision appartient au Conseil général, échanges d'information et coordination des aides (GIR : 1,2,3 = PSD ; 4,5,6 = caisses). - Évolutions : transmission des rejets PSD aux caisses, financement de la CRAM de 20h00 supplémentaires possible.
Département F	- EMS élargie : médecins, assistantes sociales, agents administratifs des caisses.	- Elle prononce un avis sur le GIR. - S'il s'agit bien d'un GIR 1, 2, 3, alors la procédure administrative se poursuit.	- Partenariat institutionnel, « en chantier » : partage en fonction des GIR : 1,2,3 = PSD, 4,5,6 = caisses (d'où une certaine rigidité du système).

Ainsi, dans le département A, le tarif de 75 F par heure apparaît insuffisant pour payer le coût du service assuré par les CCAS et estimé aux environs de 110 F, mais couvre parfaitement les frais des services de l'association d'aide à domicile en milieu rural (ADMR) lorsqu'elle intervient en tant que prestataire. Dans le département D, le tarif de 65 F, établi aux termes de négociations entre le Conseil général et les associations, pose problème selon ces dernières pour assurer la formation des intervenants.

■ **Un suivi du plan d'aide assuré dans les six départements par des travailleurs sociaux.**

Dans les six départements, le suivi

du plan d'aide est assuré par les travailleurs sociaux considérés comme « référents » parce qu'ils ont procédé à l'évaluation du dossier et connaissent donc parfaitement la situation de la personne âgée. Dans cinq départements sur six, le dispositif de base est celui prévu par la loi, à savoir une visite par an. Dans le département E, deux visites sont prévues.

Mais dans les six départements, les modalités du suivi sont aussi adaptées au cas par cas en fonction des besoins :

- lorsqu'il y a évolution de la situation de dépendance du bénéficiaire, le dossier est à nouveau examiné et donne lieu à un nouveau plan d'aide ;

- lorsque le gré à gré est privilégié

par le bénéficiaire, surtout quand il s'agit d'un intervenant familial, le nombre de visites est plus fréquent ;

- lorsque le plan d'aide est complexe et rassemble une pluralité d'intervenants et de services différents, les visites ont également lieu plus souvent.

La mise en œuvre du plan d'aide et son contenu exigent bien sûr l'accord de la personne âgée et de sa famille. Dans le département A, elle passe même par la signature d'un contrat d'aide à l'autonomie qui vise à responsabiliser le bénéficiaire et à l'impliquer dans le dispositif.

Dans le département B, le suivi constitue l'axe majeur de l'action du Conseil général. Il lui permet en effet de développer sa politique

gérontologique à partir des réseaux de coordination locale qui rassemblent l'ensemble des acteurs professionnels et institutionnels intervenant auprès de la personne âgée.

Le contrôle d'effectivité est assuré de façon indirecte par les services administratifs du Conseil général qui sont en contact avec l'URSSAF. Par ailleurs,

différentes pièces justificatives peuvent être demandées : l'attestation de recrutement dans le département B, les factures dans le département E. ●

E•2

Le point de vue des acteurs sur les apports de la PSD...

Des progrès dans la reconnaissance

Le premier intérêt de la PSD est de mettre fin au versement de l'ACTP pour les personnes âgées en contrôlant l'usage des financements mobilisés. La non-utilisation de l'ACTP était en effet devenue une pratique de plus en plus mal acceptée par les élus des conseils généraux. Elle permet également de distinguer le problème du besoin d'aide des populations handicapées adultes de celui des personnes âgées dépendantes.

La méthode du plan d'aide est à cet égard considérée comme le meilleur moyen d'approcher les besoins de la personne âgée. De manière générale, la PSD a permis l'introduction de la gestion par cas, grâce à l'évaluation médico-sociale à domicile.

De même, certains interlocuteurs ont évoqué les apports liés à l'usage d'une grille commune d'évaluation de la dépendance, AGGIR. Pour la première fois en France, un langage commun est élaboré qui permet de réduire les différences. C'est aussi, pour certains, un outil de connaissances utilisé au-delà de la PSD (associations d'aide à domicile, SSIAD, maisons de retraite...)

Des niveaux multiples de partenariat et de coordination

Sans prétendre que la PSD a été le seul levier de la démarche partenariale dans les départements, elle a stabilisé et parfois même impulsé une logique de travail en commun, de mise en réseau. Plus généralement, la PSD a contribué à décloisonner les systèmes locaux. En termes de partenariat et de coordination, on peut distinguer trois niveaux :

- Le **partenariat institutionnel** est la plupart du temps une nouveauté bien ressentie même si des écarts d'investissement dans ce partenariat existent.

- La **coordination territorialisée** (avec les CCAS, les associations, les services de soins à domicile, etc.) peut s'avérer le support d'un véritable réseau gérontologique.

- La **coordination professionnelle** est représentée par les équipes médico-sociales. La coordination gérontologique bénéficie de cet effet de structuration des équipes médico-sociales, démarche pluridisciplinaire fortement valorisée par les acteurs.

... et sur ses problèmes de mise en œuvre

La complexité et les difficultés de compréhension du dispositif

Le dispositif est par ailleurs souvent considéré comme trop complexe, il est difficile pour les bénéficiaires de comprendre ce qui relève de la PSD ou de l'aide des caisses.

Le déficit d'informations des personnes les plus isolées est un problème largement reconnu. Comment toucher le public concerné, par quel vecteur, les petites mairies n'étant pas toujours de fidèles sources d'informations ?

D'après des opérateurs du dispositif, certaines personnes âgées refusent de recourir à la PSD parce qu'elle implique d'employer une tierce personne et de le prouver en fournissant des justificatifs. Elles peuvent préférer une aide en espèces.

La limitation aux GIR 1, 2, 3

La plupart des acteurs dénoncent le recul, les ambiguïtés et les effets pervers de la frontière du GIR 3. Il suffit de peu, disent certains, pour passer du GIR 3 au GIR 4. Cette « incertitude » ressentie par nombre de travailleurs sociaux à l'usage de la grille AGGIR déboucherait sur l'exclusion d'un nombre significatif de bénéficiaires potentiels, dont les besoins peuvent être avérés. Même dans les GIR 1, 2 et 3, la réponse fournie à travers la PSD est souvent jugée insuffisante (60 à 70 h maximum), du fait du montant maximum de la PSD et des tarifs en vigueur.

Si l'outil AGGIR est souvent considéré comme un moyen d'harmonisation des pratiques d'évaluation, il est donc aussi critiqué pour ses limites par certains opérateurs administratifs et sociaux notamment du point de vue de la désorientation psychique. Une harmonisation de l'utilisation de la grille AGGIR est souvent réclamée.

Le problème de la récupération sur succession

Sur tous les sites, le facteur dissuasif que constitue la récupération sur succession a été évoqué. Les opérateurs soulignent que cet aspect a joué fortement au moment de la réception de la loi lors des séances d'in-

formation. Dans les sites expérimentaux, le recul par rapport à la prestation expérimentale dépendance (PED) est très apparent. D'autres signalent que la récupération sur donations est également problématique.

Mais ces propos ne correspondent pas nécessairement à un problème repérable de façon concrète, et ce, pour deux raisons : d'une part, ces pratiques de récupération ne sont guère mobilisées pour l'instant et, d'autre part, elles constituent une procédure classique pour les dispositifs d'aide sociale.

Le statut et la professionnalisation des intervenants

Les associations d'aide à domicile rencontrées ont régulièrement mentionné le problème du statut des intervenants et ce de plusieurs points de vue : la qualité du service, les conditions de travail des intervenants, l'équilibre financier des associations et les tarifs fixés par le Conseil général. Les associations estiment souvent que si la qualité est une des priorités du Conseil général, la formation des intervenants reste encore problématique. En effet, elles jugent souvent les tarifs de référence trop bas surtout lorsqu'ils sont censés intégrer cette formation. Elles contestent aussi le gré à gré qui, au-delà du problème de qualité, pose la question de la difficulté pour une personne âgée dépendante d'être employeur (« employeur à 80 ans »).

La disparité ou l'inégalité d'offres de services sur les territoires est enfin souvent mentionnée. Dans plusieurs sites, la pénurie de services dans certaines zones rurales du département a été évoquée par les associations dans la mesure où elle implique le recours au gré à gré et/ou au mandataire, et donc à un service jugé de moindre qualité.

Enfin, certains acteurs remettent en cause le choix politique original concernant l'attribution de la PSD dans le cadre de l'aide sociale départementale, tandis que d'autres insistent sur la fragilité potentielle des démarches partenariales engagées lorsqu'elles dépendent de la place et de la volonté de chaque décideur institutionnel.