

La prise en charge des personnes âgées dépendantes

En novembre 2005, la Cour publiait un rapport particulier consacré aux personnes âgées dépendantes. Après un vaste travail de contrôle et d'évaluation, mené avec treize chambres régionales des comptes, au niveau des administrations centrales, des départements, des maisons de retraite et des services d'aide à domicile, les juridictions financières dressaient un bilan soulignant les inadaptations et les insuffisances de l'offre de services et d'équipements, les lacunes des outils de pilotage et de contrôle de la qualité de la prise en charge et la complexité des circuits de décision et de financement. La Cour alertait par ailleurs les pouvoirs publics sur les difficultés de financement à venir et appelait à une clarification et à une consolidation des financements.

Son rapport intervenait alors que se mettait en place un nouvel acteur majeur du secteur : la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, à laquelle étaient affectées des ressources nouvelles issues de la contribution de solidarité pour l'autonomie.

Dans le cadre de la démarche de suivi de ses recommandations, la Cour a souhaité évaluer les progrès réalisés depuis 2005, notamment ceux permis par ce changement institutionnel. Elle a souhaité le faire alors même que sont débattus des projets de loi (notamment sur le cinquième risque) qui pourraient à nouveau faire évoluer le dispositif de prise en charge. Il était nécessaire d'établir un premier bilan avant de nouveaux changements, de façon à mieux éclairer le débat en cours.

Pour ce faire, la Cour a conduit en 2007 et 2008, avec sept chambres régionales des comptes⁶⁹, un nouveau contrôle au niveau national et dans sept départements (Aude, Calvados, Drôme, Essonne, Haute Garonne, Loiret, Territoire de Belfort). L'enquête s'est également appuyée sur d'autres contrôles réalisés par les juridictions financières et

69) Chambres régionales des comptes de Basse Normandie, du Centre, de Franche Comté, d'Ile de France, de Languedoc Roussillon, de Midi-Pyrénées et de Rhône Alpes.

ayant abordé la thématique de la prise en charge des personnes âgées⁷⁰. Le travail des juridictions financières a porté sur une sélection de recommandations choisies en fonction de leur importance et de la rapidité des mises en œuvre qu'on pouvait légitimement attendre des pouvoirs publics.

Ce nouveau rapport met en évidence de nombreux attermolements. Sur le terrain, les modalités de prise en charge à domicile et en établissement (conditions d'accueil, qualité des soins...) n'ont que peu évolué, situation en partie explicable par le temps nécessaire, notamment pour le nouvel opérateur, pour infléchir les pratiques (en particulier des départements) (I). On aurait pu en revanche s'attendre à ce que la mise en place de la CNSA et la création de recettes nouvelles constituent l'occasion d'une clarification plus nette des circuits financiers et des processus de décision. Il n'en a pas été ainsi et la question du financement des charges à venir en matière de dépendance reste entière (II).

I - La prise en charge à domicile et en établissement

La Cour et les CRC se sont d'abord attachées, comme en 2005, à évaluer les conditions concrètes de la prise en charge « sur le terrain » des personnes âgées.

A - Les modalités de prise en charge à domicile

Au 31 décembre 2007, sur les 1 078 000 personnes bénéficiaires de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie), plus de 60 % vivaient à domicile.

Depuis plusieurs années, l'accompagnement de ces personnes et plus généralement des personnes âgées dépendantes vivant à leur domicile est affiché comme une priorité. Il se heurte néanmoins, comme le soulignait la Cour en 2005, à de nombreuses difficultés.

1 - Une coordination toujours insuffisante des multiples intervenants

La Cour avait d'abord souligné la multiplicité des intervenants autour d'une même personne (aide à domicile, infirmière, aides soignants,

70) En particulier l'examen de la gestion du département de la Haute-Saône et les examens de la gestion de huit établissements pour personnes âgées en Midi-Pyrénées.

personnels médicaux et paramédicaux) et leur manque de coordination. **Elle avait recommandé de « promouvoir un système de correspondant ou interlocuteur unique de la personne pour les interventions à domicile ».** Cette recommandation n'a pas été suivie d'effet.

La Cour encourageait également le regroupement des services, aujourd'hui très nombreux et très éclatés. Les réalisations en ce sens ont été peu nombreuses. Plus particulièrement, les services polyvalents d'aide et de soins à domicile⁷¹ (assurant à la fois les prestations d'un service d'aide à domicile et celles d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)) sont restés rares : on en dénombrait 42 sur l'ensemble du territoire en 2008.

2 - Un reste à charge financier important

La Cour avait mis en exergue l'important reste à charge financier pour les bénéficiaires de l'APA vivant à domicile⁷². A cet égard, **elle avait recommandé « d'engager une réflexion sur les moyens de mieux cibler l'effort de la collectivité, [notamment] en recentrant les dépenses de l'APA sur les personnes les plus dépendantes et les plus démunies. »**

Conformément au souhait de la Cour, une réflexion a été engagée en 2008 à la faveur de la révision générale des politiques publiques et de la préparation du projet de loi sur le cinquième risque⁷³.

Fin 2008 et dans l'attente de la réforme, le problème du reste à charge pour les familles demeurait néanmoins entier. Les enquêtes de la DREES faisaient apparaître une relative stabilité des montants moyens des plans d'aide à domicile mais une augmentation de la participation des bénéficiaires et une augmentation du coût horaire de l'aide. Le reste à charge pour les familles demeurait mal connu et les aides insuffisamment ciblées sur les personnes les plus dépendantes et les plus démunies.

71) Dont les conditions d'organisation sont fixées dans le décret du 25 juin 2004.

72) Une personne en GIR 1 par exemple recevait en moyenne mensuelle 770 euros d'APA, ce qui lui permettait de financer 48 heures d'aide à domicile soit 46 % du temps d'aide nécessaire tel que défini par la grille AGGIR (la grille AGGIR est l'outil permettant d'évaluer l'état de dépendance).

73) Plusieurs propositions ont été avancées : déplafonnement de l'allocation pour les personnes ayant le plus besoin d'aide, prise en compte du patrimoine dans la fixation du montant de l'aide, dégressivité de l'APA versée en établissement en fonction du revenu.

Le contrôle des juridictions financières a aussi mis en évidence un reste à charge particulièrement élevé pour les personnes ayant recours à des solutions d'hébergement temporaire.

Exemple de coût pour une personne en GIR 2 fréquentant un accueil de jour Alzheimer deux jours par semaine (ouvert de 9h à 16h)

Le coût mensuel pour deux jours par semaine s'établit à 806 € dont 336 € pour la prise en charge de la dépendance (19,61 €/jour) et de l'hébergement (17,80 €/jour), 153 € pour le transport⁷⁴, 317 € pour la prise en charge de l'auxiliaire de vie intervenant en début de matinée avant le départ pour l'accueil de jour (1h30') et au retour de l'accueil de jour (30') soit 18 heures par mois.

Par ailleurs, le besoin en temps de présence des auxiliaires de vie en dehors des deux jours par semaine d'accueil de jour et en dehors des fins de semaine est de 54 heures mensuelles (1h30 le matin + 1h repas + 1h30 après midi).

Ainsi l'aide nette reçue par une personne en GIR 2 (872 euros) ne couvre que les deux jours en accueil temporaire et quelques heures d'auxiliaire de vie. Il reste environ 700 € à la charge de la famille, sans présence d'auxiliaire de vie en fin de semaine.

Source : DRASS de Midi-Pyrénées

3 - Une aide aux aidants en cours de renforcement

La Cour avait enfin insisté dans son rapport de 2005 sur la nécessité de renforcer **l'aide aux aidants, notamment par le développement de « solutions de répit »** (c'est-à-dire de places en hébergement temporaire ou en accueil de jour).

Les solutions de répit :

La Cour recommandait de mieux « évaluer la politique mise en œuvre en matière d'hébergement temporaire et d'accueil de jour ». Cette recommandation a été suivie. Un meilleur suivi des places financées, autorisées et créées est désormais réalisé par la CNSA.

Les nouveaux constats locaux effectués dans le cadre de cette enquête de suivi montrent une progression globale des capacités d'accueil

74) Ces chiffres ne tiennent pas compte de la prise en charge par l'assurance maladie d'une partie des frais de transport instaurée en 2007. Voir infra.

dans ces structures. Des décrets du 30 avril 2007⁷⁵ et du 11 mai 2007⁷⁶ ont par ailleurs permis la prise en charge par l'assurance maladie d'une part des frais de transport vers les accueils de jour.

Pour autant, le bilan de ces « solutions de répit » reste mitigé. Les taux d'occupation dans ces structures sont par ailleurs très variables du fait notamment d'un reste à charge trop important pour les familles : ce taux est de 56 % en Midi-Pyrénées, avec de fortes variations suivant les départements (96 % en Haute-Garonne, 80 % en Aveyron, 66 % dans le Tarn mais seulement 26 % dans les Hautes-Pyrénées et 38 % dans le Lot). Dans le Calvados, les places d'hébergement temporaire ne sont en moyenne occupées qu'entre 50 et 75 %.

Les autres formes d'aide aux aidants :

La Cour avait recommandé d'« introduire systématiquement, dans l'élaboration des plans d'aide, une évaluation des besoins des aidants familiaux et d'en faire un volet obligatoire du plan d'aide-APA pour les dépendances les plus lourdes ». Les constats locaux des chambres régionales des comptes montrent que cette recommandation n'a été que rarement mise en œuvre. Néanmoins, quelques avancées peuvent être relevées ; dans le département de la Haute-Garonne, le risque d'épuisement des aidants est abordé lors des évaluations réalisées par les équipes médico-sociales. Dans les situations précaires où le point de rupture de l'aidant principal paraît proche, le plan d'aide est systématiquement adapté et les délais de révision plus rapprochés.

La Cour recommandait en outre de « concevoir un dispositif permettant de former gratuitement les aidants familiaux et les bénévoles à des soins non médicaux aux personnes âgées ». Des initiatives répondant à cette recommandation ont été prises. Des appels à projet ont été lancés et leur mise en œuvre est en cours.

Enfin, il convient de souligner que l'article 125 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007⁷⁷ a institué un congé de soutien familial⁷⁸ (non rémunéré, de trois mois renouvelables dans la limite d'un an). Cette disposition constitue une avancée notable dans le nécessaire soutien aux aidants familiaux.

75) Décret n° 2007-661 du 30 avril 2007

76) Décret n° 2007-827 du 11 mai 2007

77) Voir aussi le décret n°2007-573 du 18 avril 2007

78) Art. L 225-20 et s. du code du travail.

4 - Une régulation toujours lacunaire du secteur

La Cour constatait en 2005 l'éclatement des procédures de régulation entre procédure d'autorisation par le président du conseil général⁷⁹, procédure d'agrément par la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP)⁸⁰, procédure d'habilitation à l'aide sociale gérée par le département et procédure de conventionnement par les caisses de retraite pour les services prestataires qui interviennent auprès des bénéficiaires de l'aide ménagère de ces caisses.

La Cour soulignait la juxtaposition de ces dispositifs, l'absence de partage d'information entre les différents acteurs et en définitive, malgré la multiplication des démarches administratives, l'absence de véritable outil de structuration et de contrôle de la qualité des prestations à domicile. **La Cour recommandait la simplification et l'unification des dispositifs, pour une régulation plus claire et plus efficace.** Il semblait alors que la procédure d'autorisation pouvait être le support de cette unification et de cette clarification.

Cette recommandation n'a pas été suivie : au lieu de substituer à la procédure d'agrément la procédure plus récente d'autorisation, une ordonnance du 1^{er} décembre 2005 a seulement ouvert un droit d'option entre ces deux procédures. La coexistence de deux régimes (autorisation/agrément) distincts, relevant d'autorités séparées (conseil général/DDTEFP), de modes de tarification⁸¹ et de contrôle différents a ainsi été légitimée. Difficilement compréhensible pour les usagers et les services, ce système ne permet pas de rationaliser l'offre (la décision d'autorisation doit tenir compte du schéma gérontologique et du SROS alors que l'agrément est délivré sans ce type de référence) et laisse aux associations gestionnaires des services d'aide à domicile le choix entre deux procédures qui n'imposent pas exactement les mêmes exigences en termes de qualité (cf infra). Il permet une divergence de tarifs et pose la

79) Issue de la loi du 2 janvier 2002. Elle vise à intégrer les services d'aide à domicile – prestataires uniquement – dans le champ des institutions médico-sociales. L'autorisation est donnée en fonction de la compatibilité du service avec le schéma gérontologique et le SROS.

80) Articles L 129-1 et suivants du Code du travail. Cette procédure a pour objectif de soumettre à une condition de professionnalisme des activités ouvrant droit à déduction fiscale

81) Les tarifs des services prestataires ayant opté pour l'agrément sont fixés librement dans le cadre d'un contrat conclu entre l'organisme et le bénéficiaire. Ces prix varient dans la limite d'un pourcentage fixé par arrêté. En revanche, les services autorisés sont tarifés par l'autorité qui délivre l'autorisation (le président du conseil général).

question de l'égalité de traitement des personnes bénéficiaires de services facturés à des niveaux différents.

La Cour a néanmoins relevé un effort accru pour soutenir la modernisation du secteur de l'aide à domicile. La CNSA qui gère désormais le fonds affecté à cet objectif veille à dynamiser la gestion de ces ressources par la signature de conventions avec les départements et les associations et par la conclusion de partenariats avec les opérateurs nationaux de l'aide à domicile.

Au final, le secteur de l'aide et du soin à domicile reste éclaté. Ses modes de régulation n'ont pas été rationalisés. Des progrès ont été enregistrés dans le soutien aux aidants mais ils méritent d'être poursuivis. Enfin, la question du reste à charge demeure entière même si de premières annonces ministérielles vont dans le sens des propositions de la Cour.

B - Les modalités de prise en charge en institution d'hébergement

1 - La poursuite de la baisse du taux d'équipement

Dans son rapport de 2005, la Cour constatait, s'agissant de l'hébergement en institution, que « l'offre reste globalement insuffisamment adaptée aux situations et aux besoins des personnes accueillies et de leurs familles ». Elle avait également relevé la baisse sensible, entre 1996 et 2003, des taux d'équipement dans les différentes catégories d'établissements.

Les données communiquées par la DREES au 31 décembre 2007⁸² font ressortir une progression globale de la capacité d'accueil installée entre le 31 décembre 2003 et le 31 décembre 2007 (+ 3,1 %). Cette progression d'ensemble masque, cependant, des évolutions contrastées : on constate notamment une augmentation plus rapide du nombre de places en maisons de retraite (+ 7,5 %) et une baisse sensible du nombre de places en unités de soins de longue durée (- 14,7 %).

82) La DREES a communiqué à la Cour des données sur les capacités installées et les taux d'équipement à partir du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS). Ces données sont provisoires dans l'attente des résultats de l'enquête 2007 sur les établissements (enquête EHPA).

Tableau 1 Evolution des capacités installées d'après les données du Fichier national des établissements sanitaires et Sociaux (FINESS)

	31/12/2003 EHPA2003	31/12/2007 FINESS (2)	Evolution
Logements foyers	154 851	154 119	-0,5 %
Maisons de retraites	434 707	467 388	7,5 %
Unités de soins de longue durée	82 337	70 232	-14,7 %
Autres établissements (1)	2887	4291	48,6 %
TOTAL	674 782	696 030	3,1 %

(1) Etablissements expérimentaux et hébergements temporaires et, en 2007, structures d'accueil de jour

(2) y compris les capacités en accueil de jour en 2007

Source : DREES

L'évolution de ces capacités entre 2003 et 2007 ayant été moins rapide que celle de la population des personnes de 75 ans ou plus, il en résulte une nouvelle baisse des taux d'équipement sur cette période, forte pour les Unités de soins longue durée (USLD) et moins sensible pour les maisons de retraite.

Tableau 2 - Evolution du taux d'équipement pour 1000 personnes de 75 ans ou plus

	EHPA2003	FINESS 2007
Logements foyers	33	29
Maisons de retraite	92	89
Unités de soins de longue durée	17	13
Autres établissements	1	1
TOTAL	143	133

Source : DREES.

N.B. : La population des personnes de 75 ans ou plus au 31/12/2007 n'étant pas encore disponible, la référence prise pour le calcul des taux d'équipement est la population au 1er janvier pour que les taux d'équipements des deux années soient calculés de façon identique. Les taux d'équipement ainsi calculés sont donc un peu plus élevés que ceux basés sur la population au 31 décembre de l'année.

Si l'évolution à la baisse des taux d'équipement en places d'hébergement doit être relevée, elle ne peut être considérée isolément. Elle doit, en effet, être comparée avec l'évolution des capacités de prise en charge à domicile pour lesquelles des données globales ne sont pas disponibles. Une meilleure analyse des capacités prises dans leur ensemble fait défaut et devrait être conduite.

2 - Des conditions tarifaires peu transparentes et des difficultés d'accès persistantes

S'agissant des conditions financières de prise en charge, la Cour préconisait, en 2005, la mise en place « d'un système de suivi de l'évolution des coûts supportés par les résidents des établissements » y compris pour « les institutions non habilitées à l'aide sociale »⁸³.

Cette recommandation n'a pas été entièrement suivie. Il n'existe toujours pas de système transversal de suivi des tarifs pratiqués dans les différents établissements mais des données sont plus systématiquement recueillies par les différents acteurs. La CNSA a notamment réalisé une étude portant sur un échantillon de 410 établissements. Il en ressort un tarif moyen de 44,19 € par jour avant convention tripartite et de 46,63 € par jour après mise en œuvre de la convention tripartite. Il s'agit, cependant, des tarifs prévus par les conventions et non des tarifs effectivement appliqués.

Il est aussi à relever que la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) a intensifié ses contrôles sur le respect, par les opérateurs du secteur non habilité à l'aide sociale, des règles du code de la consommation et de celles du code de l'action sociale et de la famille, relatives notamment aux droits des usagers. Ce travail a, en particulier, permis de mettre en exergue la présence de clauses illégales ou abusives dans les contrats de séjour : existence d'une période d'essai de la personne âgée, facturation de 15 jours supplémentaires après le départ de la personne âgée pour remise en état de la chambre.... La Cour ne peut donc qu'appeler, à nouveau, au renforcement des contrôles, à la diffusion des enseignements en résultant et à une meilleure transparence des prix d'hébergement. L'élaboration

83) Cette nécessité de suivi des prix a été fortement mise en exergue par d'autres travaux intervenus depuis lors et, en particulier, un rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale. La Cour avait mis en exergue, dans l'échantillon d'établissements contrôlés, un prix moyen de journée allant de 1050 à 1400 euros par mois pour des retraites moyennes de 900 à 1000 euros.

d'un dispositif public d'information sur les prix en établissements pour personnes âgées devrait être mise à l'étude sans plus tarder.

Le contrôle de suivi de la Cour et des CRC a enfin mis en évidence la persistance des difficultés pour trouver une place en maison de retraite. Il n'existe pas par exemple de liste d'attente partagée qui permettrait de faciliter l'orientation des personnes en attente de place. Un dispositif de gestion partagée des listes d'attente n'a été institué que dans un seul des départements contrôlés (le Loiret) et sur des bases reposant sur le seul volontariat des établissements.

3 - Une réforme tarifaire⁸⁴ inaboutie

Les critiques formulées par la Cour en 2005 sur les modalités de mise en œuvre de la réforme tarifaire n'ont guère été prises en compte.

La Cour avait, tout d'abord, relevé « le caractère irréaliste du calendrier » de la démarche de conventionnement tripartite des établissements⁸⁵. La loi du 24 janvier 1997 créant la prestation spécifique dépendance (PSD) avait fixé au 31 décembre 1998 une première date butoir pour l'achèvement du conventionnement. Cette date butoir a été repoussée à de nombreuses reprises pour être finalement fixée au 31 décembre 2007. A cette date, néanmoins, grâce notamment à une forte mobilisation des services concernés, la réforme était quasiment achevée : 514 000 places étaient conventionnées au regard d'une cible de 560 000 places, soit un taux de conventionnement de 92 %⁸⁶. Environ 46 000 places restaient à conventionner, soit entre 700 à 800 conventions tripartites à signer. Ce constat se vérifie – à des niveaux variables – dans les sept départements visités. Selon l'extraction SAISEHPAD au 20 mai 2008, dans l'Aude et le Loiret, le conventionnement était achevé au 31 décembre 2007. A cette date, en Essonne et dans la Drôme, le taux de conventionnement était respectivement estimé à 80 % et à 95 %. En Haute-Garonne, le taux de conventionnement à fin 2007 était de 98 %.

Un retard plus important a été constaté pour les Unités de soins de longue durée. Ces établissements sont en effet au carrefour de deux

84) Cette réforme, engagée à partir de 1997 mais mise en œuvre seulement à compter de 1999, poursuivait trois objectifs principaux : redéfinir la répartition des financements entre assurance maladie, départements et résidents, assurer une convergence entre établissements et améliorer la qualité globale des prises en charge en institution.

85) Ces conventions sont conclues, dans le cadre de la réforme de la tarification, par l'établissement, le Préfet et le président du conseil général. Elles matérialisent notamment les objectifs de médicalisation de la structure.

86) Données CNSA au 20 mai 2008

réformes qui se sont mal articulées. Dans son rapport de 2005, **la Cour recommandait de « redéfinir le rôle des USLD, comme le prévoyait la loi du 24 janvier 1997, pour qu'existe une catégorie de services permettant la proximité d'un plateau technique et une surveillance médicale continue »**. Cette redéfinition a été engagée mais avec beaucoup de retard et son achèvement a été à plusieurs reprises reporté. Faute d'une visibilité suffisante sur leur devenir, les USLD se sont donc fréquemment montrées réticentes à conclure une convention tripartite. Les deux réformes sont donc aujourd'hui encore peu avancées.

La Cour avait ensuite recommandé « de supprimer progressivement les anomalies que constituent aujourd'hui diverses modalités de mise en œuvre de la réforme »⁸⁷ freinant la convergence des dotations de soins entre établissements similaires et générant un coût non négligeable pour l'assurance maladie. Ces anomalies n'ont été que partiellement corrigées. La préconisation de la Cour recommandant le passage au forfait global⁸⁸ pour la dotation de soins notamment n'a été que très peu suivie en pratique. Dans le Calvados, seulement deux établissements sur soixante-neuf appliquent un tarif global et quatre ont un tarif partiel incluant les médicaments. Dans la Haute-Garonne, sur les 81 établissements conventionnés, 79 ont opté pour un forfait partiel.

L'impact financier du conventionnement s'est, en outre, avéré très significatif pour l'assurance maladie. Le conventionnement des EHPAD devait mobiliser, selon l'évaluation effectuée en 2000, 915 M€ de financements nouveaux pour l'assurance-maladie. Cette estimation a été largement dépassée. La médicalisation des établissements mise en œuvre dans le cadre du conventionnement représentait, entre le début de la réforme et la fin de l'année 2006, un apport de plus de 1,3 Md€ de financements supplémentaires d'assurance maladie, selon les données de la CNAMTS.

Une nouvelle modification du régime applicable est intervenue depuis lors avec la mise en application du dispositif « PATHOS »⁸⁹. Ce mécanisme vise à mieux valoriser la charge en soins et devrait permettre un meilleur encadrement en personnel soignant. Cependant, il devrait

87) Forfait partiel et remboursement hors forfait des médicaments et des produits et prestations remboursables, clapet anti-retour (pour maintenir l'avantage d'une dotation antérieure plus favorable de l'assurance maladie).

88) Le forfait global permet d'éviter les risques de double facturation d'une même prestation à l'assurance maladie (risque qui existe avec le système de forfait partiel, une même prestation pouvant être financée sur la dotation de soins (ONDAM médico social) et sur l'ONDAM soins de ville).

89) Il s'agit d'une nouvelle grille d'analyse des besoins en soins et de calcul des dotations de l'assurance maladie versées aux établissements.

alourdir la charge incombant à l'assurance maladie. Au niveau national, la CNSA estime à plus d'un milliard d'euros la charge supplémentaire, répartie entre 2008 et 2012, consécutive au passage à ce nouveau régime de tarification.

Au total, le taux d'équipement en places d'institution a poursuivi sa décroissance. Il reste donc difficile de trouver une place en maison de retraite (tarifs élevés, absence de gestion partagée des listes d'attente...). Certes, la réforme de la tarification était quasiment achevée à la date butoir qui lui avait été fixée. Elle n'a néanmoins conduit qu'à une convergence partielle des dotations de soins allouées aux différents établissements.

C - La qualité de la prise en charge

1 - La qualité de la prise en charge en établissement : un suivi à améliorer

- La Cour recommandait « de mettre en place un suivi des effets de la réforme sur la qualité des installations et celle des services rendus aux résidents ».

Cette recommandation a été partiellement suivie d'effet. Un suivi de l'évolution des taux d'encadrement a été effectué. A fin 2006, l'assurance maladie avait financé, à travers la mise en œuvre du conventionnement tripartite, la création de 35 080 emplois de personnels soignants dont 7 417 emplois d'infirmiers diplômés d'Etat et 27 663 emplois d'aides soignants et d'aides médico-psychologiques. Ces créations d'emplois représentent, en six ans, selon la DGAS, une augmentation d'environ 40 % du taux moyen d'encadrement en soins.

Cependant, au-delà de cet aspect quantitatif, le suivi de l'évolution de la qualité de la prise en charge dans les EHPAD s'est révélé insuffisant : les DDASS et les Départements n'ont pu s'assurer du respect, en cours d'exécution, des engagements pris par les établissements dans le cadre des conventions tripartites. Seule une étude CREDOC portant sur un échantillon d'établissements est actuellement disponible⁹⁰. Ce type d'enquête gagnerait à être renouvelé sur un panel d'établissements stabilisé afin de pouvoir évaluer les évolutions qualitatives d'une année sur l'autre.

90) Cette étude de novembre 2007 a porté sur trente départements et sur un échantillon de 500 établissements volontaires construit selon plusieurs critères : nombre de lits, GMP, statut, taille de l'agglomération et date de la première convention tripartite.

Au niveau local, l'examen concomitant de la gestion de huit établissements pour personnes âgées réalisé par la chambre régionale des comptes de Midi-Pyrénées montre l'hétérogénéité des démarches qualité menées dans le cadre des conventions tripartites : actives dans certains établissements, (actions d'amélioration du cadre de vie, de la sécurité et de l'hygiène, élaboration d'un dossier de soins individualisé réunissant toutes les informations médicales concernant le patient, renforcement de la vie sociale et des droits des résidents...), elles sont beaucoup moins avancées dans d'autres structures.

- La Cour constatait, en 2005, « l'hétérogénéité persistante du parc et des conditions offertes aux résidents » ainsi que la vétusté d'un certain nombre d'établissements.

Certaines avancées sont à relever. La CNSA a conduit, en 2006 et 2007, deux plans d'aide à la modernisation des établissements pour personnes âgées mobilisant des moyens importants à partir des excédents de la Caisse : 350 M€ en 2006 et 130 M€ en 2007. Ces plans ont effectivement permis la mise en œuvre d'opérations importantes de rénovation. Les critères de répartition de ces moyens pourraient néanmoins être mieux définis pour assurer une plus grande égalité de traitement entre établissements (et, indirectement, entre résidents qui supportent le coût résiduel de l'investissement). Au niveau national, la vétusté des établissements n'a pas été prise en compte dans les critères de répartition entre régions. Au niveau local, la répartition des dotations régionales entre les projets ne s'est pas toujours opérée sur des bases rationnelles : dans l'Aude, un projet de rénovation mené sur un seul établissement concentre ainsi, à la suite d'une décision ministérielle, plus de la moitié des financements obtenus par la région Languedoc-Roussillon au titre du volet personnes âgées du plan d'aide à la modernisation 2007.

La Cour a également constaté la multiplication, sur la période récente, de formes différentes d'aide à la rénovation des EHPAD⁹¹. Leur articulation n'est cependant pas toujours aisée et ces aides ne règlent que très partiellement la question du financement des investissements dont une part importante reste à la charge des résidents.

91) Ouverture du levier des prêts locatifs sociaux aux opérations de rénovation d'EHPAD ; institution d'un dispositif de soutien à l'investissement immobilier en EHPAD par l'article 86 alinéa 1er de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007 sous la forme d'une prise en charge partielle par l'assurance-maladie des intérêts des emprunts contractés pour la réalisation de ces investissements ; ouverture de l'avantage de TVA à taux réduit par l'article 45 de la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.

2 - La qualité de la prise en charge à domicile : des contrôles insuffisants

La Cour avait constaté, en 2005, que les personnes les plus fragiles (qui ont besoin du plus grand nombre d'heures d'aide) sont aussi celles qui ont le plus recours aux prestations en gré à gré, qui ne sont soumises à aucune obligation de qualification et à aucun contrôle de qualité. **Elle avait donc recommandé « d'assurer un suivi précis de l'évolution des modes de prise en charge des personnes les plus fragiles (GIR 1 et 2) et de soumettre les personnels qui interviennent auprès de ces personnes à des exigences de qualification et de formation continue lorsque leur emploi est financé partiellement par l'APA et qu'il s'agit non pas d'une aide au ménage mais d'un soin à la personne ».**

Cette dernière recommandation n'a été que partiellement et seulement formellement suivie d'effet. Pour les services agrés, les contraintes en termes de qualité ont été précisées dans un cahier des charges⁹². Cependant, les moyens de contrôle du respect de ces normes (contrôles des DDTEFP) n'ont pas été renforcés. La procédure d'agrément ne donne qu'exceptionnellement lieu à des contrôles sur place. Les retraits d'agrément pour non respect des conditions s'imposant aux services agrés restent donc encore exceptionnels.

Pour les services autorisés, les contrôles sur la qualité qui relèvent essentiellement des Départements sont encore peu développés. Des initiatives intéressantes sont néanmoins à relever. Par exemple, dans le département du Calvados, l'arrêté d'autorisation est complété par une convention d'habilitation à l'aide sociale qui comporte des exigences qualitatives, notamment en matière de continuité des interventions. Dans le Loiret, le département n'exige pas de contrepartie formalisée à l'arrêté d'autorisation mais le principe d'un contrat d'objectif et de moyen est à l'étude. Dans le Territoire de Belfort, l'autorisation est désormais subordonnée à la mise en œuvre de la convention de modernisation de l'aide à domicile que le département a passée, en octobre 2007, avec l'Etat et la CNSA.

92) Ce cahier des charges fixé par arrêté du 24 novembre 2005 prévoit que «le gestionnaire s'assure des aptitudes des candidats à exercer les emplois proposés » et « qu'il organise à cette fin son processus de recrutement ». Le document précise en outre les qualifications ou les formations que doivent suivre les intervenants.

Comme le soulignait la Cour en 2005, les intervenants en gré à gré ne sont quant à eux soumis à aucune obligation de qualification ou de formation. Par conséquent, certains départements (comme la Drôme) privilégient plutôt, pour les personnes les plus dépendantes, le recours à des services prestataires.

Dans tous les cas et pour tous les types d'intervention, il apparaît encore urgent de renforcer les contrôles *a posteriori* de la qualité des interventions à domicile.

3 - Le renforcement de la politique de prévention, de signalement et de traitement de la maltraitance

Dans son rapport de 2005, la Cour constatait la prise de conscience tardive du phénomène en France et formulait plusieurs recommandations pour rendre plus opérationnelle la lutte contre la maltraitance et préconisait en particulier, la mise en place d'un numéro unique d'appel.

Cette recommandation a été suivie d'effet : un numéro d'appel national unique (3977) est opérationnel depuis février 2008. Plus généralement, les évolutions survenues au cours de la période récente reflètent une mobilisation réelle des pouvoirs publics, avec notamment le lancement, le 14 mars 2007, d'un plan de développement de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.

Pour autant, il est encore trop tôt pour porter une appréciation sur l'efficacité réelle des différents dispositifs mis en place et les constats faits dans les départements de l'échantillon sont peu encourageants : le volume des contrôles est globalement faible ; par exemple, de 2002 à 2007, il y a eu en moyenne 5,5 contrôles par an sur les 98 EHPAD du Calvados, soit un taux de contrôle annuel moyen de 5,6 %. En Haute-Garonne, six contrôles ont été réalisés par la DDASS en 2006 pour un total de 153 établissements, soit un taux de contrôle de 4 %.

Les dispositifs d'écoute peuvent s'avérer défailtants ; la maltraitance à domicile n'est que très difficilement appréhendée ; la coordination entre Département et services de l'Etat dans le traitement des plaintes devrait être renforcée. Même si des initiatives intéressantes ont été prises. Dans la Drôme, le conseil général et la DDASS travaillent conjointement à la formalisation de procédures communes d'inspection des établissements et de traitement des signalements de maltraitance à domicile. Dans le département de l'Essonne, un dispositif de surveillance et de contrôle des établissements pour personnes âgées (DISCEPA) a été institué en 2005 et permet un traitement commun des plaintes.

Les contrôles locaux menés par la Cour et les chambres régionales des comptes ont également fait apparaître des difficultés spécifiques, comme l'existence d'établissements clandestins (cas en Haute Garonne). La maltraitance peut aussi revêtir différentes formes. Une expérimentation menée dans l'Aude sur 14 EHPAD fait apparaître que moins de 40 % des résidents sont dans un état nutritionnel satisfaisant ; près de la moitié sont confrontés à un risque de dénutrition et 15 % sont en état de dénutrition.

En progrès, les contrôles de la qualité de la prise en charge tant à domicile qu'en établissement restent néanmoins insuffisants. Les initiatives prises en matière de lutte contre la maltraitance méritent notamment d'être encore consolidées. La Cour appelle notamment à un renforcement des contrôles inopinés dans les établissements par les services déconcentrés de l'Etat dont les missions et l'organisation devraient être revues en conséquence.

II - Le pilotage et le financement de la politique de prise en charge des personnes âgées dépendantes

Au-delà des conditions de prise en charge sur le terrain, il s'agissait pour les juridictions financières de s'assurer que la création de la CNSA et l'institution de nouvelles ressources financières pour la dépendance avaient permis d'apporter une solution durable aux lacunes constatées antérieurement en matière de pilotage et de financement. Or la réponse est, à ce stade, plutôt négative.

A - Un pilotage encore éclaté

1 - Une articulation à parfaire entre départements et services de l'Etat

L'organisation de la prise en charge au niveau local repose sur la définition d'outils de programmation, dont la Cour avait constaté les insuffisances. S'agissant des schémas gérontologiques que doit en principe adopter chaque département, la Cour avait constaté en 2005 qu'en dépit de l'obligation légale, tous les départements n'en disposaient pas et que les schémas existants étaient d'une grande hétérogénéité. **Aussi recommandait-elle de « généraliser les schémas gérontologiques départementaux », d'en « harmoniser et d'en améliorer le contenu ».**

Cette recommandation n'a pas été suivie : en mars 2007, 65 % des départements n'avaient pas de schéma à jour. Par ailleurs, les schémas existants présentaient souvent des lacunes en termes d'analyse des priorités ou de chiffrage. Alors que le département a été reconnu comme principal pilote de la mise en œuvre de la politique en faveur des personnes âgées dépendantes, il manque donc assez souvent à ce niveau un outil propre à analyser l'offre existante et les priorités à faire valoir en termes d'équipement.

En revanche, un progrès a pu être constaté, avec la création de documents régionaux. En 2005, la Cour constatait que la répartition des financements d'assurance maladie obéissait à une logique en « tuyaux d'orgue », la complémentarité entre les différents équipements n'étant qu'imparfaitement prise en compte. **Elle recommandait de ce fait « d'établir un référentiel d'équipement global qui prenne en compte la complémentarité des offres sur un territoire donné (EHPAD, SSIAD, soins infirmiers libéraux) et d'en faire un instrument de “décloisonnement” de la gestion des autorisations budgétaires ».** La Cour soulignait aussi la dispersion des taux d'équipements entre régions et entre départements.

Depuis sa mise en place, la CNSA a travaillé à améliorer le processus de programmation budgétaire de façon à corriger les inégalités territoriales et à développer une approche prenant en compte l'ensemble de l'offre (notamment l'offre infirmière libérale). La création parallèle en 2005 des Programmes interdépartementaux d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie (PRIAC)⁹³ permettant de hiérarchiser la répartition des financements de l'assurance maladie entre régions et départements a également constitué un progrès. Ils contribuent à rationaliser et à donner une visibilité pluriannuelle à l'exercice de programmation des équipements et des services par la CNSA et les services déconcentrés de l'Etat.

Pourtant, si cet outil constitue un progrès potentiel, il ne pourra être vraiment efficace que lorsque l'ensemble des départements concernés sera doté d'un schéma gérontologique précis, seul susceptible de classer les projets par ordre de priorité. A défaut, les financements sont alloués le plus souvent par ordre d'arrivée des demandes.

93) Les PRIAC sont arrêtés par les préfets de région pour 5 ans et actualisés tous les ans.

2 - ...ainsi qu'entre le volet médicosocial et le volet sanitaire

La Cour recommandait en 2005 « d'assurer une meilleure concertation entre les représentants de l'Etat et des départements pour améliorer l'articulation des volets sanitaire et médico-social de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en institution » et de « prévoir la participation des ARH à la gestion de l'enveloppe de l'ONDAM médico-social ». La situation demeure insatisfaisante sur ce point. Les outils de programmation sanitaire entrant dans le champ de cette enquête sont les programmes régionaux de santé (PRS) et les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Bien que les actuels SROS pour la période 2006-2011 prévoient le développement de la filière gériatrique et la coordination avec les équipements et services médico-sociaux, ils ne sont pas toujours parfaitement articulés avec les schémas gérontologiques et les PRIAC.

La concertation avec les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) à l'occasion de l'élaboration des PRIAC en 2007 n'a pas été systématique. Seuls 12 PRIAC sur 22 ont fait l'objet d'une concertation avec l'ARH. Si la maquette du PRIAC prévoit bien une rubrique consacrée à la coordination avec le secteur sanitaire, elle n'est que rarement renseignée de façon pertinente.

3 - L'articulation entre acteurs de la prise en charge : des Centres locaux d'information et de coordination inégalement développés

La Cour avait insisté, en 2005, sur la nécessité d'organiser des parcours adaptés aux besoins des personnes âgées dépendantes. Cette tâche devrait incomber principalement aux Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) mais ces derniers sont très inégalement développés sur le territoire.

Ainsi, dans le Calvados, l'ensemble du département est couvert par les CLIC. Dans la Drôme, le conseil général a décidé de restructurer le réseau des CLIC et de leur donner une nouvelle impulsion dans le cadre du nouveau schéma gérontologique départemental (2005-2009). Huit CLIC maillent désormais le territoire drômois. L'Essonne se situe dans une position intermédiaire avec une couverture inégale des territoires par les CLIC. Ces derniers sont, en revanche, peu développés dans le Loiret et en Haute-Garonne.

Le contenu de cette coordination est lui aussi variable d'un département voire d'un territoire à l'autre. Dans le Calvados, les niveaux de labellisation⁹⁴ des CLIC sont variables. Dans l'Essonne, les dix CLIC sont labellisés au niveau le plus élevé.

L'apport concret des CLIC pour les personnes âgées dépendantes est donc très hétérogène et dans beaucoup de départements très incertain. La Cour réitère donc sa demande que soit rationalisée l'organisation de la coordination gérontologique sur le terrain.

Les outils de pilotage conçus par la CNSA se sont améliorés. En revanche, nombre de départements ne disposent toujours pas d'un schéma gérontologique, qui seul peut permettre un pilotage suffisant de la politique en faveur des personnes âgées dépendantes. De même, la coordination entre services déconcentrés de l'Etat, départements et agences sanitaires reste à parfaire.

B - Les incertitudes pesant sur le financement de la politique en faveur des personnes âgées dépendantes

1 - Le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Au 31 décembre 2007, 1 078 000 personnes bénéficiaient de l'allocation personnalisée, soit une augmentation de + 5,1 % sur un an, après une hausse de + 8,1 % entre décembre 2005 et décembre 2006⁹⁵. Selon les projections de la DREES, cette montée en charge est loin d'être achevée : le nombre de bénéficiaires de l'APA est ainsi estimé, selon le scénario retenu, entre 1 165 000 et 1 307 000 à l'horizon 2012. Il convient à cet égard de relever que les projections antérieures avaient fréquemment sous-estimé la dynamique du nombre de bénéficiaires.

94) Trois niveaux de labellisation ont été retenus, en fonction de l'étendue des missions et des services offerts, l'objectif étant qu'à terme tous les CLIC soient de niveau 3. A ce niveau de labellisation le plus élevé, le CLIC doit aider à la constitution des dossiers de prise en charge et permet d'actionner les différents services d'aide.

95) Source : DREES, « L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 31 décembre 2007 », *Etudes et résultats*, n° 637, mai 2008.

- Des perspectives financières incertaines :

Cette progression du nombre de bénéficiaires s'est accompagnée d'une hausse significative des dépenses d'APA : proches de 4 Md€ en 2005, elles atteignaient 4,5 Md€ en 2007, soit + 10,5 % en deux ans⁹⁶.

Une partie de ces dépenses est prise en charge par un mécanisme de péréquation nationale financé par la CNSA. Néanmoins, le taux de progression des crédits affectés à la péréquation étant inférieur au taux de progression des dépenses d'APA, le taux de couverture des dépenses par la péréquation nationale baisse : il était de 41,3 % en 2003, il est inférieur à 34 % en 2007.

Or, comme l'avait déjà souligné la Cour en 2005, l'absence de règles claires de répartition de la charge entre l'Etat, les départements et les bénéficiaires ne permet pas d'organiser de façon satisfaisante le financement à venir de la prestation.

A cet égard, la Cour recommandait en 2005 que soit élaboré le plus rapidement possible le rapport au Parlement, prévu par l'article 15 de la loi du 20 juillet 2001 créant l'APA et qui devait intervenir « *au plus tard le 30 juin 2003* » pour faire un bilan de l'allocation. Ce rapport n'a toujours pas été réalisé. Un débat du Parlement sur les conditions du financement de l'APA, sur la base d'une analyse précise des données concernant les premières années de cette prestation, apparaît pourtant indispensable à une pérennisation de l'allocation et à une clarification de son financement (et de la contribution de ses financeurs respectifs : Etat, département et bénéficiaires).

- La persistance de disparités départementales :

En 2005, la Cour et les chambres régionales des comptes avaient mis en exergue les disparités dans l'attribution et la gestion de l'APA dans les différents départements contrôlés.

Les contrôles départementaux effectués pour cette enquête de suivi traduisent une persistance de ces disparités qui portent sur :

- La conception des plans d'aide : le périmètre de ces plans est à géométrie variable (volet logement plus ou moins détaillé, présence ou non de mesures d'aide aux aidants familiaux...).
- Les règles d'attribution et le contenu même de la prestation. Des départements ont institué des prestations extralégales facultatives qui viennent compléter l'APA ou maintiennent des conditions d'attribution particulières : le Département de la Haute-Garonne a maintenu l'ouverture du droit à l'APA à domicile à la date de réception du dossier complet par ses services et non, comme la loi

96) Source : estimations DGAS-CNSA.

du 31 mars 2003 le prévoit, à la date de notification de la décision d'attribution, deux mois après. Autre exemple, le Territoire de Belfort a décidé, par délibération du 12 mai 2003, d'exonérer partiellement les usagers de l'augmentation du ticket modérateur. En sens inverse, d'autres départements ont une approche plus restrictive de l'attribution de la prestation : c'est le cas du Département de Haute-Saône, qui a procédé à une révision générale de la pertinence du classement des bénéficiaires de l'APA en GIR 4⁹⁷ et qui a diminué le montant moyen des plans d'aide attribués.

- L'organisation des équipes médico-sociales chargées d'élaborer le plan d'aide : l'encadrement médical des équipes est plus ou moins fort, les rythmes des visites sont différents d'un département à l'autre. Les outils nationaux communs aux équipes médico-sociales restent encore à développer (aucun progrès n'ayant été constaté sur ce point). Quant aux actions de formation, mises en place au moment de la création de l'APA, elles sont très variables et connaissent de manière générale un essoufflement manifeste.
- La gestion des dossiers et, en particulier, le contrôle de l'effectivité des plans d'aide : ce contrôle est plus ou moins développé selon les départements. Il reste en tout cas, en dépit des recommandations de la Cour, loin d'être systématique. Le développement du tiers payant pour les services prestataires ainsi que la mise en place du Chèque Emploi Service Universel (CESU) pour les emplois directs seraient de nature à renforcer le contrôle de l'effectivité de l'aide. Il apparaît, dans l'échantillon étudié, que le développement du tiers payant n'est pas généralisé. Par exemple, dans le **Département de la Haute-Garonne**, en 2006, les prestataires en tiers payant ne couvrent que 20 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'APA à domicile, et seulement 31 % des bénéficiaires de prestataires de service. Par contre, dans le **Loiret**, le règlement est effectué directement aux associations prestataires. Par ailleurs, aucun des départements de l'échantillon n'utilise le CESU pour le versement de l'APA à domicile, alors que son utilisation est permise depuis la loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 et qu'elle pourrait être aussi efficace qu'un contrôle d'effectivité exhaustif associé à un recouvrement intégral des indus.

97) Cette opération de « regirage » des GIR 4, menée en 2005, a permis de sortir 251 dossiers du dispositif APA soit un taux de 25,3 % des GIR 4 ; 621 personnes âgées sont restées en GIR 4, 101 ont été reclassées en GIR 3 et 19 en GIR 2.

Ces disparités de traitement se traduisent financièrement : l'échantillon étudié dans le cadre de l'enquête de suivi montre que le montant mensuel moyen des plans d'aide (tous GIR confondus), attribués pour les bénéficiaires résidant à domicile, varie, par exemple, de 432 € dans le département de la Drôme à 533 € dans le territoire de Belfort en 2006, pour une moyenne nationale de 490 € par mois. L'écart est plus sensible encore en ce qui concerne la participation des bénéficiaires, en particulier pour les dépendances les plus élevées. Autre exemple, la part restant à la charge des bénéficiaires en GIR 1 dans le Territoire de Belfort est de 88 € par mois, de 149 € dans le Calvados et de 156 € en moyenne au niveau national.

Ces disparités posent un problème d'équité pour les personnes concernées ; elles soulèvent également une difficulté au regard du mécanisme de péréquation. A cet égard, la Cour avait souligné, en 2005, les risques de financement irrégulier, *via* le dispositif de péréquation, de départements appliquant une politique plus généreuse que celle prévue par les textes. Ainsi que l'a mis en évidence la chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon, ce risque s'est matérialisé dans l'Aude : un trop-perçu du département de l'Aude en matière de péréquation a été constaté à hauteur de 13 M€ et a donné lieu à une décision de récupération de la CNSA. Le département versait en effet une prestation plus importante que prévu dans les textes en vigueur et avait cru pouvoir faire prendre en charge ces dépenses facultatives par la péréquation nationale. La CNSA devrait dès lors étendre ce type de contrôles. Elle devrait également disposer des moyens juridiques pour assurer une fonction d'animation et de diffusion de référentiels et de bonnes pratiques auprès des départements (pour une plus grande homogénéité du travail des équipes médico-sociales, des évaluations et de la gestion de l'APA notamment).

2 - Un système de financement encore peu lisible

En 2005, la Cour avait réalisé un chiffrage des dépenses consacrées aux personnes hébergées en institution et aux personnes âgées dépendantes à domicile pour l'année 2003 et **recommandé de « poursuivre l'élaboration d'un compte social de la dépendance des personnes âgées »** et de mieux identifier notamment les dépenses d'assurance maladie, les dépenses fiscales et les exonérations de cotisations sociales consacrées aux personnes âgées dépendantes.

Cette recommandation n'a pas été suivie. Une incertitude continue notamment à peser sur le chiffrage des dépenses fiscales et des exonérations de cotisations sociales afférentes aux personnes âgées dépendantes.

La Cour recommandait, par ailleurs, de « promouvoir un système de financement plus simple, plus transparent et mieux contrôlable. »

Cette recommandation n'a pas non plus été suivie. Un fort éclatement des gestionnaires et des financeurs persiste. La création de la CNSA n'a pas apporté sur ce point de solution satisfaisante. En effet l'essentiel des financements provient de l'assurance maladie (ONDAM médico-social) et suit un circuit financier complexe, sinon opaque, entre les comptes de l'assurance maladie et ceux de la CNSA⁹⁸.

La réflexion sur la création d'un « cinquième risque » est en cours. Il est encore trop tôt pour en mesurer les éventuelles conséquences institutionnelles. La prochaine réforme devra identifier plus clairement les financements et les pilotes de la politique au niveau national et au niveau local.

3 - Le financement global de la prise en charge des personnes âgées dépendantes n'est pas assuré à moyen terme

Les travaux de la Cour menés en 2005 montraient que la capacité du système de financement actuel à faire face à la montée en puissance des charges liées à la dépendance n'était pas assurée.

La Cour recommandait donc de renforcer le travail de projection des coûts et d'établir des projections sur l'évolution de la charge pour chacun des financeurs.

Cette recommandation a été suivie. Conformément au vœu de la Cour, un travail de projection des besoins et des coûts par financeur a été réalisé en 2006 par le Centre d'analyse stratégique (CAS).

La Cour recommandait également d'engager une réflexion sur le financement à moyen et long termes de la dépendance et sur les moyens de mieux cibler l'effort de la collectivité en incitant notamment fiscalement ou sous forme d'aide selon les tranches de revenus à la souscription d'une assurance dépendance.

Comme le suggérait la Cour, une réflexion sur le financement de la dépendance a été engagée. Elle a notamment été conduite par Mme Hélène GISSEROT et a donné lieu à un rapport remis au Gouvernement en mars 2007. Cette réflexion se poursuit actuellement

98) Ces circuits ont été examinés par la Cour dans son rapport sur la sécurité sociale (pages 73 à 78) en septembre 2008 et dans le cadre de son rapport sur la certification des comptes du régime général (page 72). Elle souligne le caractère « complexe et artificiel » du schéma de comptabilisation retenu.

avec les travaux sur le cinquième risque et sur la place de l'assurance dépendance privée.

Néanmoins, et en dépit des avancées dans la connaissance et le chiffrage des enjeux, les hypothèques qui pèsent sur le financement à venir de la dépendance (avec ses différentes composantes, financement de l'APA, financement des soins, rénovation des maisons de retraite...) restent entières. La création de la journée de solidarité en 2004, en apportant une recette supplémentaire d'environ 1 milliard d'euros, n'a répondu que très partiellement au dynamisme des dépenses. Le financement du « Plan solidarité Grand âge », annoncé en 2006, pour la période 2007-2012, et dont le coût a été initialement sous estimé, n'est donc pas assuré.

Tableau 5 Coût du Plan solidarité grand âge⁹⁹

Mesure prévue par le PSGA	Chiffrage présenté à la presse (juin 2006)	Coût réévalué ¹⁰⁰
Création de 5000 places en établissement par an	165 M€	De 225 M€ à 270 M€
Augmentation du GMP ¹⁰¹	239 M€	300 M€
Passage au nouveau mode de tarification PATHOS	473 M€	1 200 M€
Ratio d'1 personnel pour 1 résident dans les établissements accueillant des personnes très dépendantes ¹⁰²	510 M€	570 et 995 M€ à coût salarial constant
Création de 6000 places de SSIAD par an (et 7500 à compter de 2010)	365 M€	425 M€
Renforcement des moyens pour les SSIAD accueillant des patients lourds	49 M€	150 M€
2125 places d'AJ et 1125 places d'HT par an	90 M€	160 M€
Annonce compensation frais financiers ¹⁰³	Annonce de 25 M€ par an	150 M€
Total	1 891 M€ (sans la compensation des frais financiers)	entre 3 180 M€ et 3 650 M€

Source : DGAS

Ces chiffrages font apparaître une sous évaluation manifeste de l'impact financier du plan d'au moins 1,2 milliard d'euros (à périmètre constant).

99) Ne sont pas comptabilisés ici les coûts pesant sur l'hôpital, estimés en 2006 lors de la présentation du plan à 400 M€

100) A coût constant : n'intègre pas les mesures salariales, l'effet prix, ni certaines extensions en année pleine liées à la médicalisation.

101) L'article R 314-170 du CASF prévoit une révision annuelle systématique du GIR Moyen pondéré (GMP) (évaluation de la dépendance moyenne des résidents accueillis) des établissements et l'augmentation des dotations soins chaque fois que la variation du GMP atteint 20 points.

102) GMP > 800

103) Compensation par l'assurance maladie d'une partie des frais financiers des emprunts contractés par les établissements pour moderniser le bâti.

Enfin, la place que devra tenir l'assurance dépendance privée reste à définir.

Certes, la création de la CNSA a marqué un progrès et accompagné la mobilisation de ressources supplémentaires.

Pour autant, toujours aussi peu lisible qu'en 2005, le système de financement de la dépendance continue à montrer ses limites dans le financement de la mise en œuvre de l'APA ou de la médicalisation des établissements d'hébergement. Il reste ainsi insuffisamment adapté aux perspectives de croissance inéluctable de la dépense.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les recommandations formulées par la Cour en 2005 apparaissent donc, à ce stade très peu suivies d'effet.

Des efforts ont été réalisés, notamment par la CNSA, pour améliorer les outils de suivi et pilotage. Par ailleurs, un certain nombre des orientations récentes du Gouvernement et du Parlement vont dans le sens des préconisations de la Cour. Pour autant, et en l'état, les conditions concrètes de la prise en charge n'ont que peu évolué et les difficultés rencontrées par les personnes âgées et leurs proches restent entières.

Le système de pilotage demeure complexe, les circuits financiers peu lisibles, les responsabilités éclatées entre de multiples acteurs (départements, assurance maladie, Etat notamment) tandis que les nouvelles recettes créées en 2004 ne pourront pas couvrir la forte augmentation attendue des charges à venir.

Dans la perspective d'une nouvelle réforme législative du secteur, la Cour souligne donc à nouveau la nécessité d'identifier clairement un pilote au niveau national, ainsi qu'au niveau local, d'harmoniser les pratiques départementales et de clarifier très rapidement les sources de financements à affecter à la politique en faveur des personnes âgées dépendantes.

**RÉPONSE DU MINISTRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS
SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITÉ**

La Cour a souhaité évaluer les progrès réalisés depuis 2005, date de son rapport particulier consacré aux personnes âgées dépendantes, au moment où le Gouvernement prépare une importante réforme dans le cadre du projet « Cinquième risque », réforme qui répond en grande partie à ses observations.

La politique de prise en charge de la dépendance, si elle est largement financée par l'État et la sécurité sociale, n'en est pas moins une politique largement décentralisée, à travers l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) tant à domicile qu'en établissement. Les départements jouent un rôle majeur dans ce domaine et toute évaluation doit tenir compte du fait que l'État ne dispose pas de leviers d'action directs et joue en grande partie un rôle de régulateur d'une politique décentralisée. Dès lors, les orientations qu'il donne et les missions confiées à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) mettent du temps à se traduire dans les faits et il est probable qu'un délai de trois ans entre les recommandations de la Cour et le suivi de leur mise en œuvre sur le terrain est un peu court.

Néanmoins, cette évaluation fournit un ensemble d'observations fort utiles, notamment grâce au contrôle effectué par les chambres régionales des comptes dans sept départements, et le Gouvernement entend prendre soigneusement en compte ses conclusions pour réformer la politique de prise en charge de la dépendance dans les meilleures conditions.

Partie I – La prise en charge à domicile et en établissement

A – Les modalités de prise en charge

L'amélioration de la coordination

La Cour constate à juste titre les difficultés de coordination des multiples intervenants autour des personnes âgées. Des dispositions ont bien été prises pour faciliter cette coordination. Ainsi, le développement des Groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) a été accéléré par une circulaire DGAS/5D/2007/309 du 3 août 2007. De même, le plan Alzheimer 2008-2012 prévoit la mise en place sur tout le territoire de « maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) », guichets uniques, lieux d'accueil, d'information et d'orientation de la prise en charge pour les patients et leurs familles. Une expérimentation est prévue en 2009/2010 sur seize sites ; elle prend en compte la diversité des statuts des porteurs de projets (Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), département, groupements de coopération sociale ou médico-social (GCSMS), Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), réseaux de santé, associations...) et évaluera les modalités de généralisation de ces MAIA. Au sein de cette structure, un professionnel formé assurera les fonctions de « coordonnateur, gestionnaire de cas », responsable de la prise

en charge globale, et sera l'interlocuteur unique de la personne, de son aidant principal et du médecin traitant. Enfin, dans le cadre du cinquième risque, est prévue à terme une généralisation de ce dispositif pour l'ensemble des personnes âgées dépendantes sous forme de maisons départementales de l'autonomie.

La diminution du reste à charge

La Cour rappelle l'important reste à charge de certains bénéficiaires de l'APA à domicile, notamment les personnes les plus dépendantes.

Des avancées ont été effectuées récemment avec les décrets n° 2007-661 du 30 avril 2007 et 2007-827 du 11 mai 2007 relatifs à la prise en charge des frais de transports pour les structures d'accueil de jour, qu'elles soient autonomes ou qu'elles soient rattachées à un établissement d'hébergement (EHPAD). Ces textes prévoient que les frais de transport entre le domicile et l'établissement des personnes bénéficiant d'un accueil de jour sont pris en charge par l'assurance maladie sous forme d'un forfait journalier applicable au nombre de places autorisées. Ce forfait est fixé dans la limite d'un plafond déterminé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et des personnes âgées. Cette mesure devrait contribuer au développement des accueils de jour.

Par ailleurs, dans le cadre du cinquième risque, le Gouvernement a l'intention de suivre la recommandation de la Cour de recentrage de l'APA sur les personnes les plus démunies et les plus dépendantes à travers deux dispositions :

- une meilleure prise en compte des capacités contributives des bénéficiaires en instituant une participation sur leur patrimoine qui viendrait abonder les ressources des départements ;

- un déplaçonnement de l'APA pour les personnes ayant les besoins les plus importants : personnes classées en GIR 1 ou 2 (groupe iso-ressources), malades d'Alzheimer ou personnes isolées sans aidant familial.

Le renforcement de l'aide aux aidants

La Cour mentionne bien les mesures déjà prises en faveur des aidants qui restent, et de loin, le premier dispositif de soutien à domicile.

Il convient ainsi de signaler l'avancée importante que constitue la création en 2007 du congé de soutien familial, qui permet aux personnes, dont un proche est lourdement handicapé ou dépendant, d'interrompre leur activité professionnelle pendant une durée maximale d'un an, tout en continuant à se constituer des droits à la retraite grâce à leur affiliation à l'assurance vieillesse des parents au foyer.

Toutefois, le Gouvernement entend aller au-delà pour prendre en compte les recommandations faites en 2005.

Ainsi, dans le cadre des évolutions de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la mise en œuvre du plan personnalisé de compensation prévu dans le cadre du cinquième risque, l'évaluation approfondie des besoins des personnes âgées intégrera celle de leurs aidants et le plan d'aide et de compensation comportera des actions de soutien de ceux-ci.

Par ailleurs, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, le Gouvernement a proposé et le Parlement a voté l'extension du champ d'action de la section IV du budget de la CNSA (modernisation de l'aide à domicile et professionnalisation des intervenants) aux aidants et aux accueillants familiaux, permettant le financement par la Caisse des actions de formation qui leur sont destinées. Cette mesure, sous réserve de sa validation par le Conseil constitutionnel, sera directement opérationnelle dès 2009 pour les aidants des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer qui se verront proposer une formation gratuite de deux jours (par an) sur la prise en charge de la maladie. Le référentiel de formation est en cours de validation et un appel d'offre est en cours pour structurer l'organisation de ces formations.

La régulation du secteur de l'aide à domicile

Le Gouvernement ne partage pas l'avis défavorable de la Cour sur le droit d'option entre agrément et autorisation. Son institution en 2005, dans le cadre du plan de développement des services à la personne, avait pour objectif d'offrir le maximum de chances de développement aux services d'aide à domicile, dans un contexte où subsistent encore de nombreuses situations locales de pénurie de services.

S'il n'est pas, a priori, question de remettre en cause le passage d'une logique de monopole à une logique de pluralité d'intervenants et de concurrence, pour autant, le Gouvernement n'est pas fermé à une simplification du secteur qu'il faut mener de pair avec une véritable structuration de l'offre sur le territoire pour surmonter l'éclatement des compétences et travailler dans ce sens en concertation avec les partenaires associatifs qui gèrent la plupart des services prestataires d'aide à domicile et les départements qui ont en charge la régulation locale de ces services.

Ainsi, il paraît important, sans remettre en cause la liberté d'installation pour les services optant pour l'agrément ni le droit d'option, de redonner aux différents acteurs les moyens d'orienter le développement de l'offre dans un objectif de maillage du territoire.

L'amélioration de la gouvernance du secteur de l'aide à domicile, caractérisée par un partage de responsabilités insuffisamment lisible sur le champ de l'offre de services entre les départements, compétents pour l'autorisation et la tarification, et les préfets / Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DDTEFP), compétents pour l'agrément y compris l'agrément qualité, dans le cadre du droit d'option ouvert aux services entre les deux régimes juridiques, constitue

un enjeu important pour assurer un développement, une qualité de l'offre de services et un maillage du territoire répondant aux besoins des publics en perte d'autonomie.

La formalisation de la coordination entre les départements et les préfets (DDTEFP) pourrait être organisée autour des objectifs suivants :

- connaissance partagée de l'offre d'aide à domicile (services autorisés, agréés, mandataires, emploi direct) et des besoins d'aide à domicile des bénéficiaires de l'APA, de la prestation de compensation du handicap (PCH) et autres prestations d'aide humaine telle que l'allocation compensatrice pour tierce personne et la majoration pour tierce personne (voire des personnes en groupes iso-ressources (GIR) 5/6, en associant les caisses de retraite), en vue d'orienter le développement de l'offre sur les territoires et besoins non/mal couverts, afin d'assurer une réponse qualitativement et quantitativement adéquate aux besoins ;

- mise en cohérence, répartition des rôles/mutualisation des moyens et des outils de contrôle a priori et a posteriori de la qualité, afin d'assurer une équivalence de qualité effective entre l'autorisation et l'agrément, et développer une politique de contrôle efficiente ;

- modernisation, professionnalisation, structuration du secteur, par une information réciproque sur les actions menées en propre par chaque institution, la recherche d'une articulation et d'une complémentarité des actions et le cas échéant la mise en place d'actions communes ;

- mise en place et partage d'un système d'information commun sur les services d'aide à domicile

- actions communes en vue de favoriser le recrutement et la formation sur le secteur.

A l'instar des initiatives rapportées par la Cour dans les départements du Calvados, du Loiret ou du Territoire de Belfort, il pourrait être envisagé de promouvoir les conventions de service ou de conventions de qualité entre les conseils généraux et les services prestataires agréés où ceux-ci prendraient des engagements en matière de couverture territoriale, de continuité de service, de qualification et de formation professionnelle et de transparence comptable.

B – Les modalités de prise en charge en institution d'hébergement

L'évolution du taux d'équipement

La Cour opère le constat d'une baisse du taux d'équipement en rapportant le nombre de places toutes catégories d'établissements confondus à la population des personnes de 75 ans. Il serait sans doute plus approprié de rapporter la croissance du nombre de places dans les établissements spécialisés dans l'accueil des personnes dépendantes, maisons de retraite et unité de soins longue durée (USLD) (+ 1 % par an) à

la croissance de la population concernée, les personnes âgées dépendantes, qui croît entre 1 et 1,5 % par an selon l'hypothèse qu'on retient pour la baisse de la prévalence de la dépendance.

Il est donc difficile de conclure à une baisse significative du taux d'équipement. Néanmoins, conscient du manque de place en maisons de retraite dans certaines zones géographiques, le Gouvernement a revu à la hausse la programmation de création de places en EHPAD prévu par le plan solidarité grand âge, le portant de 5 000 places à 7 500 places par an à compter de 2008, pour couvrir la croissance de la population âgée dépendante.

La réforme tarifaire

Confronté à la question de l'achèvement de la médicalisation des établissements et du conventionnement tripartite initial, dans un contexte d'atonie de la campagne 2007 de signature des conventions, le Gouvernement a refusé de procéder à un nouveau report de la date butoir au-delà du 31 décembre 2007 et a pris une mesure de tarification d'office pour les établissements non conventionnés, inscrite dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (article 69-II), sous la forme alternative soit d'un gel de la dotation soins à sa valeur 2007 en euros constants pour les établissements disposant de crédits de l'assurance maladie soit d'une tarification par arrêté garantissant un socle minimum de personnels soignants pour assurer une prise en charge coordonnée dans les établissements qui recouraient jusque là à l'intervention des soins de ville (arrêté d'application du 14 avril 2008, publié au Journal officiel du 22 avril 2008).

Du fait de ces dispositions, le conventionnement initial touche à sa fin en 2008 : le bilan au 31 décembre 2007 faisait état de 513 673 places conventionnées, soit un taux de 92 % au regard d'une « cible » de 560 000 places. Il est de 538 619 places au 30 septembre 2008, ce qui porte le taux de conventionnement à 97 % tandis que, à cette même date, 169 établissements (de l'ordre de 11 000 places) ont d'ores et déjà fait l'objet d'une tarification d'office.

Dans cette dernière ligne droite, l'effort de conventionnement a été particulièrement important en ce qui concerne les établissements en budget annexe hospitalier et les unités de soins de longue durée. Toutefois, ces deux strates continuent de présenter un retard par rapport aux autres strates d'établissements, leur taux de conventionnement étant respectivement de 87 % et 76 %. Pour ces deux catégories d'établissements, le retard peut s'expliquer par les difficultés techniques rencontrées s'agissant de l'opération sincérité des comptes (impact à la hausse sur le tarif hébergement) et, plus particulièrement pour les USLD, par la difficulté de lier le calendrier de partition des USLD à celui du conventionnement.

Dans les faits, une première page de la réforme de la tarification est tournée avec l'achèvement de la première vague de conventions tripartites : désormais, tous les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ont internalisé une organisation des soins assortie d'engagements qualitatifs de prise en charge et d'un renfort en personnels soignants.

En élaborant un score mesurant le besoin en soins médicaux des personnes âgées, l'outil « Pathos » permet de mieux calculer les dotations soins allouées aux établissements ; la préoccupation de la Cour quant au risque d'une augmentation des coûts des soins en établissements hébergeant des personnes âgées consécutive à la montée en puissance de « Pathos » est partagée par le Gouvernement, et à cet égard les lois de financement de la sécurité sociale pour 2008 et 2009 posent le principe le principe d'une convergence tarifaire « intra sectorielle » entre structures.

S'agissant du taux d'encadrement, les chiffres fournis par la CNSA fin 2007 font état de la création, depuis le début de la réforme de la tarification, de 39 210 emplois d'infirmiers et aides soignants (dont 6 742 en 2007), ce qui représente une hausse moyenne du ratio d'encadrement des personnels soignants de 43% (17,7% avant médicalisation et 25,3 % après). Toutes sections tarifaires confondues (hébergement, dépendance et soins), cette évolution du taux d'encadrement global se monte à 16 % sur la même période (avant la médicalisation des établissements, le taux d'encadrement est de 52,7 ETP pour 100 résidents pour être porté à 61,3 pour cent une fois les établissements conventionnés).

Suivant les recommandations de la Cour, la réforme de la tarification des EHPAD et l'objectif de convergence tarifaire qui lui est inhérent se poursuivent, une nouvelle étape étant franchie dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 :

- les règles de convergence tarifaire sont renforcées : le ministre en charge des personnes âgées pourra fixer par arrêté les règles applicables pour faire converger les établissements vers les tarifs plafonds et pour ramener les tarifs pratiqués à ce niveau dès qu'ils le dépassent ;

- à compter de 2010, le financement de l'ensemble des établissements sous convention tripartite sera progressivement effectué sous forme d'un forfait global déterminé sur la base du (Pathos moyen pondéré) PMP et du (GIR moyen pondéré) GMP. L'APA sera alors versée en forfait global ;

- en 2009 sera expérimentée l'intégration des médicaments dans le tarif soins des EHPAD, à l'instar de ce qui se fait déjà pour les dispositifs médicaux ; à partir d'une évaluation effectuée fin 2010, ce dispositif sera généralisé en 2011.

Une réforme de la tarification des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) est à l'étude : dans une logique de régulation de ces

services avec les activités réalisées par les infirmières libérales et les services d'aide à domicile et d'une meilleure prise en compte des coûts réels, le Gouvernement souhaite mettre en place une nouvelle tarification des SSIAD en 2009. Cette nouvelle tarification doit permettre :

- d'assurer une allocation plus juste des ressources entre SSIAD, en fonction notamment de la charge en soins et des coûts de la structure ;

- d'assurer une convergence tarifaire de sorte que l'allocation de ressources soit comparable entre structures assumant des charges équivalentes ;

- de mettre en place un petit nombre d'indicateurs robustes, gérables par des services très éclatés qui comptent en moyenne 40 places et moins de 10 salariés ETP dont la production sera corrélée à l'allocation budgétaire, et des référentiels de coûts.

C – La qualité de la prise en charge

Au-delà de l'aspect quantitatif des taux d'encadrement en personnels, la Cour estime insuffisant le suivi de l'évolution de la qualité de la prise en charge dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

La démarche contractuelle (conventions tripartites) vise à articuler et à corrélérer la qualité en EHPAD et la conclusion d'objectifs de conventionnement (qualité contractualisée).

La mise en œuvre des conventions dites de première génération a été orientée vers une démarche qualité individuelle avec des objectifs individuels propres à chaque structure et la volonté affichée de ne pas fixer des normes mais de procéder par des recommandations de bonnes pratiques, consignées dans le cahier des charges des conventions triparties (arrêté du 26 avril 1999) sur tous les aspects de la vie en EHPAD. Le rapport de la Cour des Comptes de novembre 2005 a entraîné une inflexion de cette orientation, la Cour préconisant un suivi national du volet qualité de la réforme, un pilotage plus directif autour de quelques « objectifs qualité » associés à des indicateurs de résultat et un accompagnement des services dans la mise en œuvre du renouvellement des conventions triparties dites de seconde génération.

La méthodologie retenue comportait notamment une étude du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC) sur la base de laquelle a été élaborée une grille d'aide au conventionnement comportant quatre axes principaux recoupant les secteurs clés de la qualité de la prise en charge en établissement (droit à une prise en charge personnalisée des résidents, garantie de la continuité et de la coordination des soins, développement de l'effort de formation des personnels et lutte contre la maltraitance et promotion des droits des usagers), soit un « socle » d'une quinzaine d'objectifs prioritaires à assigner aux conventions de 2ème

génération assortis d'une batterie d'indicateurs que l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) a contribué à étoffer et à rendre plus concrets.

C'est ce socle d'objectifs prioritaires et les indicateurs y associés qui doivent désormais faire l'objet d'une vaste concertation, avec le soutien méthodologique de l'ANESM, auprès de tous les acteurs de la qualité en EHPAD pour être amendés et enrichis afin de devenir la grille de suivi et d'évaluation des conventions tripartites renouvelées.

La Cour mentionne les importantes mesures que représentent les plans d'aide à la modernisation des établissements de la CNSA et les différentes aides à la rénovation des EHPAD.

Le suivi de la qualité est en effet insuffisant, notamment dans la perspective du financement des EHPAD sous forme d'un forfait global : aussi, dans le cadre du 5ème risque, les services ministériels sont invités à travailler avec l'ANESM pour améliorer les outils d'évaluation de la qualité en établissement, dans la logique d'amélioration continue de la prise en charge que la Cour appelle de ses vœux.

En parallèle la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance fait l'objet d'une vigilance toute particulière, comme en témoignent les nouvelles dispositions prises au cours du second semestre 2008.

Ainsi, la circulaire du 15 octobre 2008 est venue renforcer les actions menées dans le champ de la maltraitance envers les personnes âgées et les personnes handicapées au travers d'un ensemble de mesures qui devront être mises en œuvre en 2009 et qui poursuivent trois objectifs :

- renforcer l'efficacité des contrôles des établissements en augmentant le taux de contrôles inopinés (80% des contrôles menés par les services déconcentrés doivent désormais se dérouler sous cette forme) et en mettant en place un nouveau dispositif d'enquêtes flash permettant de cibler les établissements présentant un risque de maltraitance dans le cadre des contrôles ;

- accompagner les établissements dans le développement de pratiques de bientraitance au travers d'un nouveau processus d'autoévaluation de la bientraitance (composante de l'évaluation interne), de la diffusion des recommandations de l'ANESM et du financement de formations des professionnels des établissements aux techniques d'accompagnement personnalisé des résidents ;

- sensibiliser et mobiliser les acteurs locaux autour de la thématique de bientraitance avec l'organisation d'assises départementales sur ce thème au premier semestre 2009.

Par ailleurs, comme cela avait été initié dans le champ des établissements pour personnes âgées et handicapées, un guide de gestion des risques de maltraitance à domicile a été élaboré par la DGAS en concertation avec les fédérations du secteur. Ce guide, destiné à aider les services intervenant au domicile dans la mise en œuvre d'une démarche de gestion du risque de maltraitance, sera diffusé en début d'année 2009.

Enfin, en améliorant la formation des professionnels, le plan métiers contribue également à développer la bientraitance des personnes âgées dépendantes.

II – Le pilotage et le financement de la politique de prise en charge des personnes âgées dépendantes

A – Un pilotage encore éclaté

L'articulation entre départements et services de l'Etat

La Cour mentionne l'importante avancée que représentent la mise en place des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) et l'amélioration du processus de programmation budgétaire qui en résulte. Si ce dispositif ne pourra en effet être pleinement efficace qu'avec des schémas départementaux couvrant l'ensemble du territoire, ce déploiement devrait être accéléré avec la création des agences régionales de santé. Les ARS auront en effet la responsabilité de la programmation infra-régionale et disposeront de délégations départementales comme interlocuteurs des départements. Ceux-ci seront ainsi vivement incités à se doter des outils de planification justifiant les besoins d'équipement sur leur territoire.

L'articulation entre le volet médico-social et le volet sanitaire

La création des ARS répond pleinement aux observations de la Cour. En effet, en réunissant au sein d'une même agence la régulation régionale et le financement des établissements et services de santé et médico-sociaux, ils assureront une parfaite articulation entre les deux secteurs. Les risques d'une extension du secteur sanitaire au détriment du médico-social sont limités par la mise en place d'une fongibilité asymétrique dans la gestion des crédits en faveur du médico-social. Cette gestion coordonnée des deux secteurs sera renforcée par le plan stratégique régional de santé, intégrant la politique de santé dans ses différentes composantes, dont la composante médico-sociale.

Les centres locaux d'information et de coordination

Comme l'observe justement la Cour, les CLIC, désormais de la compétence des départements, sont inégalement développés. Ils ont cependant vocation à s'intégrer à terme dans des maisons départementales de l'autonomie évoquées ci-dessus, qui assureront l'orientation et la prise en

charges de personnes âgées dépendantes de manière homogène sur l'ensemble du territoire.

B – Les incertitudes pesant sur le financement de la politique en faveur des personnes âgées dépendantes

Le financement de l'APA

La sécurisation du financement du cinquième risque est l'un des objectifs premiers de la réforme en préparation. Elle s'appuie sur la garantie d'un socle élevé de prise en charge par la solidarité nationale et une meilleure prise en compte des capacités contributives des personnes, à travers la participation sur le patrimoine. Différentes pistes de financement sont à l'étude de manière à conforter le niveau de prise en charge actuel et à diminuer le reste à charge des résidents et des familles en établissement.

La réduction des disparités départementales dans l'attribution de l'APA devrait être favorisée par l'utilisation du nouveau guide de remplissage de la grille AGGIR (autonomie gérontologique et groupes iso-ressources) publié au Journal officiel du 23 août 2008 (décret n° 208-821 du 21 août 2008) qui permet de réduire l'incertitude des évaluateurs lors du codage de certaines variables. En précisant la signification particulière à attribuer à chacun des quatre adjectifs, pour chacune des variables, le nouveau guide favorise le remplissage homogène de la grille par différents utilisateurs, en limitant les interprétations possibles. En établissant un ordre logique d'évaluation des variables dans le déroulement du questionnement, il minimise le nombre d'incohérences de cotation et réduit les anomalies de codage parfois constatées. En découplant les items « orientation » et « cohérence » en sous variables analysant chacune différentes fonctions : orientation dans le temps - orientation dans l'espace, d'une part, communication et comportement, d'autre part, il permet de mieux prendre en compte la détérioration intellectuelle et les déficiences neuro-dégénératives.

La parution de ce nouveau guide est également l'occasion de mettre en place un plan de national de formation mutualisé entre tous les acteurs de l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes âgées. La méthode consiste à démultiplier l'offre et à la déployer sur tout le territoire en formant et en installant dans chaque département une équipe (5 ou 6 personnes) de « formateurs référents » reconnus comme tels, agréant médecins conseils des Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM), médecins coordonnateurs des EHPAD et médecins départementaux des équipes médico-sociales de l'APA et ayant vocation à garantir des règles homogènes pour l'utilisation de la grille AGGIR.

Par ailleurs, la CNSA ayant identifié une forte divergence des modalités de gestion de la dépense APA dans les départements de la Guadeloupe et de la Réunion (la proportion des bénéficiaires d'APA rapportée à la population départementale des 75 ans et plus est de 43 % en 2005, contre 20 % pour la France entière ; la dépense moyenne d'APA par

personne âgée de 75 ans et plus s'élevait à 814 € en moyenne contre 3 101 € en Guadeloupe et 2 877 à la Réunion), l'IGAS a diligenté une mission de contrôle et d'appui pour analyser les disparités et contribuer à leur résorption. Comme le note la Cour, ces disparités posent un problème d'équité et introduisent un déséquilibre dans le mécanisme général de péréquation pour l'ensemble des départements. Le cinquième risque pourrait être l'occasion de donner des moyens de contrôle et de vérification à la CNSA en cas de dérive des indicateurs dans tel ou tel département, mais aussi au long cours, par sondage et d'améliorer l'information sur le dispositif par la publication régulière des résultats département par département, tant en ce qui concerne le nombre d'allocataires que le montant de la dépense.

La lisibilité du système de financement

Je souhaite souligner l'apport du projet de rapport à l'identification complète des conditions permettant un financement viable à long terme de la prise en charge de la dépendance. Il importe au préalable de progresser dans la connaissance et l'analyse de ces dépenses, et à cet égard deux améliorations récentes rejoignent les propositions formulées par la Cour.

A la suite d'une concertation approfondie avec les magistrats de la Cour des comptes, le Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale vient de proposer une simplification du traitement comptable des relations financières entre la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les régimes d'assurance maladie ; ce nouveau schéma, mis en œuvre dès l'arrêté des comptes de l'exercice 2008, se traduit par l'abandon de l'utilisation des comptes de transfert, à l'origine d'une double comptabilisation des charges et des produits dans les comptes des organismes. L'équilibre global des opérations ne sera pas affecté.

Par ailleurs, les informations présentées dans le programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 fournissent un appui précieux au Parlement dans sa mission d'évaluation et de contrôle des politiques de prise en charge de la dépendance.

Comme le souligne la Cour, la réforme du cinquième risque devrait être l'occasion d'améliorer le système de financement, en le rendant plus transparent, notamment à l'égard du Parlement.

Le financement global à moyen terme

En ce qui concerne la progression future des dépenses dédiées à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, il importe qu'elle permette de répondre à l'évolution des besoins dans le contexte de l'augmentation continue de la durée de la vie humaine, tout en restant compatible avec l'exigence du retour à l'équilibre de l'assurance maladie et des finances

sociales dans leur ensemble. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit d'ores et déjà de fait des arbitrages très importants en faveur du secteur médico-social, puisque que la prévision d'évolution des dépenses médico-sociales s'établit à +8,3%, tandis que l'objectif de progression des dépenses ambulatoires et hospitalières est limité à 3,1%. La poursuite de ces redéploiements d'ici à la fin de la présente législature devrait permettre d'atteindre l'essentiel des objectifs du plan « Solidarité – grand âge » en matière de nombre de places d'accueil en établissements et services pour personnes âgées et de qualité de l'encadrement médicalisé dans ces établissements et services. Par ailleurs, il faut noter que les exercices 2006 et 2007 ont vu une consommation incomplète des ressources dévolues au secteur médico-social ne sont pour le moment pas consommées, le reliquat restant néanmoins inscrit dans les comptes de la CNSA.

En matière de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie, la CNSA contribue aujourd'hui à hauteur d'un tiers à ce financement. Cela signifie que les fonds publics nationaux et locaux ont partagé à parts égales l'effort financier supplémentaire réalisé depuis 2002 en faveur de la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées. Toutefois, la Cour souligne avec raison que la gouvernance financière de la prise en charge de la dépendance doit être améliorée, afin en particulier de préciser la responsabilité des différents contributeurs dans la recherche de l'équilibre futur de cette prise en charge. Cet enjeu essentiel sera naturellement pris en compte dans les décisions que le Gouvernement sera amené à prendre dans les prochains mois. Il convient cependant de reconnaître que la complexité des circuits de financement de la prise en charge de la dépendance est la conséquence d'une part de la nature tout autant sanitaire que sociale de ces dépenses, impliquant par conséquent les concours simultanés de l'assurance maladie et des organismes en charge des politiques sociales en faveur des personnes âgées, et d'autre part du choix confirmé d'organiser ces politiques de façon décentralisée, ce qui requiert la mise en commun de ressources des autorités nationales et départementales.

Enfin, au-delà du nécessaire respect de l'équilibre global du financement de la dépendance, il importe de doter les dispositifs de prise en charge de mécanismes incitant les gestionnaires à maîtriser l'évolution des coûts. En particulier, les améliorations de la prise en charge qui seront décidées ne doivent pas se traduire par des relèvements injustifiés des tarifs des services d'aide à domicile ou d'hébergement en établissements pour personnes âgées. A cet égard, la proposition de la Cour de créer un dispositif permanent de suivi des tarifs des établissements et services pour les personnes âgées retient toute mon attention. Par ailleurs, la mise en place des agences régionales de santé en 2010 sera l'occasion de renforcer la gestion du risque dans les établissements hébergeant des personnes âgées, afin notamment de mieux anticiper et appréhender les facteurs d'évolution des coûts. Cette action fera l'objet de premières préfigurations en 2009.

**RÉPONSE DU MINISTRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET
DE LA FONCTION PUBLIQUE**

L'insertion sur « La prise en charge des personnes âgées dépendantes » fait suite à l'important rapport que la Cour des comptes a consacré à ce thème en 2005.

Je tiens à vous remercier pour la contribution très fructueuse que ces documents apportent à la réflexion présente du Gouvernement, s'agissant de la création, annoncée par le Président de la République, d'un cinquième risque dédié à la perte d'autonomie. D'une manière générale, les observations qu'appelle cette enquête rejoignent en effet les problématiques actuellement débattues dans ce cadre ainsi que des dispositions figurant dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 et dans le projet de loi « hôpital, patients, santé, territoires ».

Je me félicite, avec mes collègues Xavier BERTRAND et Valérie LETARD, des progrès réalisés au cours des dernières années en matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes tant à domicile qu'en établissement, relevés dans le projet de rapport. Je souhaiterais revenir sur certaines de vos analyses et observations pour préciser les actions ou intentions du Gouvernement sur plusieurs sujets.

*1 - En ce qui concerne les **modalités de prise en charge des personnes âgées à domicile** (point I-A), vous soulignez la nécessité d'améliorer la coordination des intervenants autour de la personne âgée. Je partage bien évidemment cette préoccupation. L'expérimentation en cours relative aux « Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) » devrait permettre de tirer les conclusions de l'efficacité d'un guichet unique.*

A l'issue de cette expérimentation, un rapprochement avec les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) serait de nature à favoriser les synergies opérationnelles entre l'ensemble des intervenants dans un lieu identifié au niveau départemental.

Sur la question du reste à charge financier, vous réitérez votre recommandation en faveur d'un meilleur ciblage des aides sur les personnes les plus dépendantes et les plus démunies. Cette question est tout à fait centrale dans les travaux relatifs au cinquième risque, au nom des principes d'efficacité, d'équité et de responsabilité. Le cadre fixé pour la future réforme repose sur la volonté de mieux prendre en compte les capacités contributives des personnes, en particulier leur patrimoine. Il devrait également favoriser le développement de la prévoyance individuelle.

*2 - Sur la question des **modalités de prise en charge des personnes âgées en institution d'hébergement** (point I-B), je vous rejoins sur les limites*

de l'analyse des « taux d'équipement » qui ne saurait être effectuée isolément. Outre l'effort conséquent de création et de « médicalisation » de places engagé avec le plan vieillissement et solidarité, poursuivi et amplifié avec le plan de solidarité grand-âge (7.500 créations de places d'Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD- en 2009), la notion de « taux d'équipement » doit impérativement être appréciée au regard de l'effort global apporté en faveur de l'autonomie (maintien à domicile grâce à l'allocation personnalisée d'autonomie, accueil de jour et hébergement temporaire, service de soins infirmiers à domicile ...).

En ce qui concerne la réforme tarifaire des EHPAD, j'entends les critiques de la Haute Juridiction notamment sur les limites de la réforme, la dérive des coûts, l'existence « d'anomalies tarifaires ». Toutefois les mesures récentes prises en lois de financement devraient améliorer les modalités de tarification des établissements et inciter à davantage d'efficience.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a en effet prévu des dispositions permettant :

- de favoriser l'entrée dans le nouveau système tarifaire de l'ensemble des établissements avec un système de tarification d'office pour les établissements n'ayant pas signé de convention tripartite au 31 décembre 2007 ;
- de favoriser la convergence des dotations soins entre établissements en donnant au ministre chargé de la sécurité sociale la possibilité de fixer par arrêté des tarifs plafonds. Ces tarifs ont été publiés par l'arrêté du 16 juillet 2008.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 complètera ce dispositif :

- en autorisant le ministre à fixer des règles de convergence tarifaire ;
- en prévoyant qu'à partir de 2010, la tarification de ces établissements s'effectuera « à la ressource », ce qui limitera les écarts de coûts entre établissements ;
- en prévoyant l'expérimentation de l'intégration des médicaments dans les forfaits soins des établissements.

3 – En ce qui concerne le **pilotage** (point II-A), je vous remercie de souligner que l'intervention de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la création des Programmes interdépartementaux d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie (PRIAC) constituent des avancées ayant permis d'améliorer le pilotage et la programmation de l'offre globale. Vous soulignez les faiblesses de l'articulation entre le champ sanitaire et le champ médico-social. La création des Agences régionales de santé (ARS) devrait permettre de réaliser une coordination essentielle entre ces deux secteurs.

4 – Le financement (point II-B).

4-1. Dans votre projet de rapport, vous indiquez que le « système de financement est encore peu lisible » et rappelez votre recommandation de 2005 relative à la création du « **compte social de la dépendance** », notamment par une meilleure identification des dépenses d'assurance maladie, des dépenses fiscales et des exonérations de cotisations sociales. Je partage pleinement cet objectif.

La complexité des circuits de financement dans la prise en charge de la dépendance est la conséquence de la nature tout autant sanitaire que sociale de ces dépenses, impliquant les concours simultanés de l'assurance maladie et des organismes en charge des politiques sociales en faveur des personnes âgées. Elle est aussi le résultat du choix d'organiser ces politiques de façon décentralisée, ce qui requiert la mise en commun de ressources des autorités nationales et départementales.

Par ailleurs, dans le recensement des dépenses fiscales et des exonérations de cotisations sociales, il est difficile de préciser celles spécifiquement rattachables aux situations de dépendance dans la mesure où de nombreux dispositifs s'adressent à des publics plus larges.

Toutefois des améliorations récentes ont été apportées dans la connaissance et l'analyse des dépenses :

- Depuis 2006, le projet annuel de performance du programme « handicap et dépendance » annexé au projet de loi de finances permet d'identifier les dépenses fiscales relatives aux personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées ;
- Les informations présentées dans le programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 fournissent un appui précieux au Parlement dans sa mission d'évaluation et de contrôle des politiques de prise en charge de la dépendance.
- En terme de lisibilité des schémas comptables, à la suite d'une concertation approfondie avec les magistrats de la Cour des comptes, le Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale vient de proposer une simplification du traitement comptable des relations financières entre la CNSA et les régimes d'assurance maladie ; ce nouveau schéma, mis en œuvre dès l'arrêté des comptes de l'exercice 2008, se traduit par l'abandon de l'utilisation des comptes de transfert, à l'origine d'une double comptabilisation des charges et des produits dans les comptes des organismes. L'équilibre global des opérations ne sera pas affecté.

4-2. En ce qui concerne la progression future des dépenses dédiées à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, il importe qu'elle permette de répondre à l'évolution des besoins tout en restant compatible avec l'exigence du retour à l'équilibre de l'assurance maladie et des finances sociales dans leur ensemble. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit une évolution des dépenses médico-sociales à 8,3%, tandis que l'objectif de progression des dépenses ambulatoires et hospitalières est limité à 3,1%. La poursuite de ces redéploiements d'ici à la fin de la présente législature devrait permettre d'atteindre l'essentiel des objectifs du plan « Solidarité – grand âge » en matière de nombre de places d'accueil en établissements et services pour personnes âgées et de qualité de l'encadrement médicalisé dans ces établissements et services. Par ailleurs, il faut noter que les exercices 2006 et 2007 ont vu une consommation incomplète des ressources dévolues au secteur médico-social ; les réserves ainsi constituées devront permettre de financer les dépenses futures et ainsi de limiter la progression de l'ONDAM médico-social.

*4-3. Enfin, au-delà du nécessaire respect de l'équilibre global du financement de la dépendance, il importe de doter les dispositifs de prise en charge de mécanismes **incitant les gestionnaires à maîtriser l'évolution des coûts**. En particulier, les améliorations de la prise en charge qui seront décidées ne doivent pas se traduire par des relèvements injustifiés des tarifs des services d'aide à domicile ou d'hébergement en établissements pour personnes âgées. A cet égard, la proposition de la Cour de créer un dispositif permanent de suivi des tarifs des établissements et services pour les personnes âgées retient toute mon attention. Par ailleurs, la mise en place des agences régionales de santé en 2010 sera l'occasion de renforcer la gestion du risque dans les établissements hébergeant des personnes âgées, afin notamment de mieux anticiper et appréhender les facteurs d'évolution des coûts. Cette action fera l'objet de premières préfigurations en 2009.*

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU DÉPARTEMENT DE L'AUDE

Le rapport public thématique de la Cour des comptes cite le Département de l'Aude à plusieurs reprises.

1.-..La prise en charge à domicile et en établissement

A.-..Les modalités de prise en charge en institution d'hébergement

3.-..Une réforme tarifaire inaboutie

Le rapport indique que le conventionnement tripartite des établissements était achevé au 31 décembre 2007, date butoir fixée par la loi.

En effet, à cette date la mobilisation des services du Département de l'Aude avait permis que toutes les conventions tripartites soient signées comme prévu par le texte.

C.-..La qualité de la prise en charge

Le rapport constate que dans l'Aude, un projet de rénovation mené sur un seul établissement concentre ainsi, à la suite d'une décision ministérielle, plus de la moitié des financements obtenus par la région Languedoc-Roussillon au titre du volet personnes âgées du plan d'aide à la modernisation 2007.

Même si l'on peut se réjouir qu'un EHPAD audois ait bénéficié d'importants crédits de l'État pour sa restructuration, on ne peut, comme le rapporteur, que regretter que les financements de la CNSA au titre du plan d'aide à la modernisation des établissements ne soient pas répartis de façon plus équilibrée, en tenant compte des propositions faites au niveau local par le Département et les services de l'État.

Dans son Schéma Départemental des Établissements et Services en direction des personnes âgées, voté en novembre 2006 par l'Assemblée Départementale après avis favorable à l'unanimité du CROSMS Languedoc-Roussillon, le Conseil Général de l'Aude a prévu la restructuration du parc existant, concernant tant le secteur public que le secteur privé, notamment pour adapter les places aux nouveaux besoins (en particulier la prise en charge des malades d'Alzheimer soit à domicile, par des places d'accueil de jour, soit en établissement). Ces propositions ont été reprises à son compte par la DDASS de l'Aude et ont été retenues dans le PRIAC.

Il est indispensable que les financements de la CNSA permettent de concrétiser rapidement cette programmation, qui répond aux besoins des personnes âgées dépendantes audoises.

3.-.-Le renforcement de la politique de prévention, de signalement et de traitement de la maltraitance

Le rapport fait état d'une expérimentation menée dans l'Aude sur 14 EHPAD qui fait apparaître que moins de 40 % des résidents sont dans un état nutritionnel satisfaisants ; près de la moitié sont confrontés à un risque de dénutrition et 15 % sont en état de dénutrition.

Dans le cadre de la plate-forme territoriale de santé publique en faveur des personnes âgées de l'ouest audois (mise en place en partenariat entre les services de l'État, le Conseil Général, le Centre Hospitalier de Carcassonne), quatre études étaient prévues sur des points de vigilance : vigilance nutritionnelle, vigilance rénale, vigilance iatrogénique, vigilance neuro-comportementale. Grâce à l'intervention financière du Conseil Général, une diététicienne a pu être embauchée par le Centre Hospitalier pour réaliser, auprès de 17 EHPAD de la zone gérontologique du Carcassonnais, une étude sur l'état nutritionnel des personnes accueillies. Cette étude, dont les enseignements restent encore à affiner, permet aux divers intervenants de se poser des questions à finalité évaluative sur la façon de prendre en charge les personnes âgées afin d'éviter la dénutrition. Le renouvellement du financement du Conseil Général permettra d'étendre le diagnostic aux deux autres zones gérontologiques de l'ouest audois (Lauragais et Haute Vallée de l'Aude).

Sur la base des éléments de réflexion fournis par ces études, il conviendra que l'ensemble des acteurs (EHPAD, État, Département, Assurance Maladie) se mobilisent pour trouver des solutions adaptées et améliorer ainsi la prise en charge des personnes âgées en établissement).

II.-.-Le pilotage et le financement de la politique de prise en charge des personnes âgées dépendantes

B.-.-Les incertitudes pesant sur le financement de la politique en faveur des personnes âgées dépendantes

1.-.-Le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Le rapport rappelle les risques de financement irrégulier, via le dispositif de péréquation, de départements appliquant une politique plus généreuse que celle prévue par les textes : un trop-perçu du département de l'Aude en matière de péréquation a été constaté à hauteur de 13 M€ et a donné lieu à une décision de récupération de la CNSA. Le département versait en effet une prestation plus importante que prévu dans les textes en vigueur et avait cru pouvoir faire prendre en charge ces dépenses facultatives par la péréquation nationale.

Il semble important de rappeler que le Département de l'Aude a souhaité, dès la mise en place de l'APA, privilégier la formation et la professionnalisation des intervenants à domicile. L'APA est en effet mise en œuvre dans le département par 32 services d'aide à domicile dont 26 gérés par des structures intercommunales. Tous ces services ont signé avec le

Conseil Général une convention pour la prise en charge des personnes âgées à domicile, contrat d'objectif quinquennal, dans lequel ils s'engagent notamment à former leur personnel ou à recruter du personnel déjà formé, cette formation devant progressivement déboucher sur la titularisation de ces agents.

Pour accompagner cette démarche, le Conseil Général a décidé le 25 mars 2002 de mettre en place pour les services prestataires un financement en deux parties :

- d'une part la valorisation des intervenants à domicile sur la même base horaire que celle des salariés de gré à gré,

- d'autre part une dotation globale correspondant aux frais de gestion, à la formation et plus largement à l'amélioration de la qualité de service.

Ainsi, la personne âgée pouvait avoir un libre choix réel entre l'intervention d'un service prestataire garantissant une prestation de qualité et celle d'un salarié de gré à gré.

Cette décision a été confirmée le 27 octobre 2003. Les deux délibérations correspondantes n'ont pas fait l'objet de remarque particulière du contrôle de légalité.

Certes, cette mesure entraînait un surcoût, mais elle nous paraissait relever de l'esprit de la loi et du financement du fonds de modernisation de l'aide à domicile inclus dans le fonds de financement de l'APA.

Tout en reconnaissant la régularité du financement par le Département des dépenses des services liées à l'amélioration de la qualité, et en indiquant que l'impossibilité de les prendre en compte est liée à des motifs de forme et non de fonds, le Fonds de Financement de l'APA, puis la CNSA, n'ont pas validé cette argumentation et ont demandé la récupération des sommes concernées par ce dispositif. Cette récupération a été réalisée en totalité par réfaction sur le montant des concours versés par la CNSA.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU DÉPARTEMENT DE LA DRÔME

Je tiens tout d'abord à souligner la pertinence des points mis en exergue par la Cour des Comptes, auxquels le Conseil général de la Drôme souscrit, et tout particulièrement le caractère irréaliste du calendrier de conventionnement tripartite.

En ce qui concerne la qualité des prises en charge à domicile, nous reconnaissons également la nécessité de contrôler avec diligence la qualité des prestations des établissements relevant de la loi du 02/02/2002. Cependant, le fait que le Département ne puisse donner qu'un avis pour l'agrément des prestataires loi Borloo rend, en pratique, plus difficile le contrôle des prestations.

Certains départements, comme la Drôme, ont privilégié le recours à des prestataires. Néanmoins pour le gré à gré, nous travaillons étroitement avec la FEPEM qui assure des formations de qualité auprès des intervenants directs.

A la fin du paragraphe I, vous indiquez que dans la Drôme, le Département et la DDASS travaillent ensemble à la formalisation de procédures communes d'inspection des établissements, et de traitement des signalements de maltraitance. J'ajouterai que nous avons également défini avec l'ensemble de nos partenaires institutionnels (et notamment la Justice) des procédures de traitement des informations préoccupantes.

Vous notez avec justesse que le pilotage de la prise en charge des personnes âgées dépendantes est souvent éclaté. A cet égard, vous valorisez le travail réalisé dans les CLICs. Afin de mieux répondre aux besoins et aux attentes des personnes âgées et de leurs familles, en particulier dans le traitement des situations individuelles, je souhaitais vous informer que nous conduisons actuellement une évaluation approfondie des CLICs.

Nous avons noté avec intérêt le fait que le panier moyen en Drôme serait le plus bas des huit départements analysés. L'une des explications que nous pouvons apporter tient aux modalités de paiement des associations prestataires, qui ne sont payées qu'à hauteur des tâches effectivement réalisées. Ce montant est inférieur à celui des aides prescrites dans les plans d'aides.

D'autre part, les associations de maintien à domicile ne peuvent réaliser l'intégralité des mesures prescrites dans le plan d'aide du fait d'un déficit de personnel. Nous avons tenté, en vain, de mobiliser les demandeurs d'emploi drômois sur le champ du maintien à domicile.

Enfin le Département souscrit aux recommandations faites par la Cour sur la clarification du financement de la politique en faveur des personnes âgées. Il partage également l'inquiétude de la Cour quant à la possibilité d'assumer la forte augmentation des charges au regard de la faiblesse et du caractère atone des recettes créées en 2004. Comme vous le savez, le taux de couverture par l'Etat de l'APA est passé de 50 % à sa création à un peu plus de 30 % aujourd'hui.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU DÉPARTEMENT DE
LA HAUTE-GARONNE**

Les extraits de l'insertion sur « La prise en charge des personnes âgées dépendantes » concernant le département de la Haute-Garonne n'appellent pas de ma part d'observations particulières.

Je tiens simplement à faire remarquer que le Conseil Général de Haute-Garonne a tenu le plus grand compte des observations formulées par la juridiction financière.

Ainsi depuis cette étude plusieurs axes d'améliorations des actions en faveur des personnes âgées dépendantes ont été explorés en Haute-Garonne :

- développement du nombre de place d'accueil de jour,*
- conventionnement tripartite de l'ensemble des structures,*
- suppression des établissements non autorisés et renvoi devant le tribunal pénal des gestionnaires,*
- mise en place d'instances de réflexion sur la coordination gérontologique,*
- élaboration en cours de schéma départemental gérontologique.*

Bien entendu les conclusions et recommandations du rapport portent sur la situation nationale de la complexité extrême du dispositif.

Je ne peux que partager ce sentiment et souhaiter une simplification de ces mécanismes tout en déplorant une nouvelle fois un recul général et un désengagement important de l'Etat.

Le vieillissement de la population dans les années prochaines est un défi majeur pour notre société.

Seul l'Etat peut assurer sur le territoire la répartition harmonieuse de moyens suffisants.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL
DU TERRITOIRE DE BELFORT**

En premier lieu, je souhaite exprimer ma satisfaction sur l'ensemble de la démarche préalable à votre rapport, celle de la chambre Régionale de Franche-Comté qui a procédé au contrôle de l'APA dans le Territoire de Belfort. Cette démarche contradictoire a été particulièrement intéressante et précise. J'ai communiqué le rapport final de ce contrôle à l'Assemblée départementale le mois dernier.

Votre insertion reprend plusieurs éléments de ce rapport, ce dont je ne peux que me féliciter :

- *Vous indiquez que notre Département soumet l'autorisation des services à domicile à la mise en œuvre de la convention de modernisation de ce secteur, conclue avec la CNSA en octobre 2007 (page 4 du rapport). Ce point est pour nous particulièrement important.*

La question de la professionnalisation de l'aide à domicile, en particulier par le biais de la modulation du temps de travail des intervenants et la mensualisation, est un enjeu majeur.

Les services à domicile se sont développés très rapidement ces dernières années. La montée en charge de l'APA a été un moteur puissant de cette dynamique. Ce faisant, par manque d'organisation et de professionnalisme, de nombreuses associations ont, malgré elles, développé des emplois précaires, souvent féminins.

La question de la continuité des interventions doit impérativement être réglée avec deux soucis, d'ailleurs tout à fait convergents : celui de qualité du service rendu aux usagers et celui de la qualité des contrats proposés aux intervenants, qu'ils soient d'ailleurs prestataires ou mandataires. Je peux témoigner que la CNSA est d'une aide précieuse en la matière, à la fois financièrement et techniquement.

- *Vous remarquez la persistance de disparités départementales dans la mise en œuvre de l'APA et la nécessité d'harmoniser les pratiques. Vous citez plusieurs fois le Territoire de Belfort comme le plus généreux des départements contrôlés, tant sur le plan des règles d'attribution que sur le contenu et le niveau de la prestation.*

Je note cependant que l'écart maximal à la moyenne reste raisonnable si l'on considère le montant mensuel des plans d'aide : 533€ au maximum par rapport à 430€ en moyenne soit un avantage d'environ 25 %. L'écart est plus fort si l'on considère le reste à charge des bénéficiaires : 86€ au minimum par rapport à 156€ en moyenne, soit un avantage de près de 45 %.

Concernant le niveau d'intervention de notre Département, il est dû au fait que nous finançons l'APA dès réception des dossiers complets et que nous prenons en charge une partie du ticket modérateur laissé à la charge des bénéficiaires. Je considère, contrairement à la CNSA, que cette intervention n'est en rien facultative. La rapidité de traitement des dossiers et la prise en charge complète des plans d'aide faisaient partie de la Loi initiale. A ce titre, nous considérons que c'est l'ensemble de notre intervention qui devrait faire partie de la base compensée par l'Etat.

D'autre part, fervent défenseur de la décentralisation, je ne suis pas opposé à une certaine disparité entre les départements pour autant qu'elle reste raisonnable. Il n'est pas choquant et c'est la liberté des exécutifs départementaux que d'aller au-delà de la stricte obligation légale dans certains territoires, à partir du moment bien sûr où l'égalité de traitement minimal légale est respectée. Je me permets de vous faire remarquer d'ailleurs que toutes les politiques publiques décentralisées aux départements depuis 1982 ont été mises en œuvre, certes avec des disparités mais avec un droit minimal toujours supérieur à ce qu'il était auparavant. Je ne suis donc pas sûr qu'il faille viser à harmoniser les pratiques entre les départements, en tout cas pas de façon rigide.

- *En dernier lieu, votre rapport rappelle une fois encore le problème, majeur, du financement de l'APA par la solidarité nationale via la CNSA. Je vous en remercie. J'ai eu l'occasion, à plusieurs reprises, d'interpeller ministres, directions des services de l'Etat, CNSA, élus locaux et donc plus récemment la Chambre Régionale sur le sujet. Il est effectivement tout à fait anormal que la procédure prévue dès le vote de la loi du 20 juillet 2001 ne soit toujours pas respectée. Cette procédure prévoyait un rapport au Parlement « au plus tard le 30 juin 2003 » (vous le rappelez page 5 de votre rapport). Elle prévoyait aussi l'abandon, dans le calcul de la dotation, du critère théorique du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans pour le critère objectif de la dépense réelle de l'APA. Aujourd'hui, ce critère intervient tout au plus comme un des paramètres du calcul de la régularisation en fin d'année. Je considère cette situation comme tout à fait injuste, « une prime aux mauvais élèves », à tout le moins une incitation à ne pas mettre en œuvre le droit d'une façon dynamique, sinon généreuse.*

Je porte l'espoir que le débat à venir sur le « 5ème risque » et la convergence annoncée des politiques gérontologiques et celles du handicap seront l'occasion de poser des bases nouvelles pour un financement de la perte d'autonomie par la solidarité nationale. Au-delà de tout ce qui a été annoncé depuis quelques mois, nous avons là un enjeu de société majeur, d'abord bien sûr pour toutes les personnes concernées par la dépendance mais aussi pour leurs familles et entourages.
