

**L'action sociale locale
en direction des personnes âgées et
des personnes handicapées
dans les départements
du Lot-et-Garonne, du Nord,
du Rhône et du Val-de-Marne**

Tome I/II - Rapport

Rapport présenté par :

***Stéphanie DUPAYS, Christophe LANNELONGUE, Thierry LECONTE
et Pierre SARDOU***

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

***Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.
Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont demandé.***

***Rapport n° RM2007-001P
Février 2007***

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	2
I - L'EVOLUTION DE LA PLACE DES ACTEURS	6
1.1 UN CADRE LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE RENOUVELÉ.....	6
1.1.1 <i>De nouveaux dispositifs en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées</i>	6
1.1.2 <i>Un nouveau partage des responsabilités entre acteurs de l'action sociale.....</i>	7
1.2 L'ÉVOLUTION DU POSITIONNEMENT DES ACTEURS.....	8
1.2.1 <i>Les départements sont désormais les « chefs de file »</i>	8
1.1.2 <i>Le nouveau positionnement des services de l'Etat.....</i>	11
1.1.3 <i>Les organismes de sécurité sociale réorientent leurs activités en matière d'action sanitaire et sociale</i>	12
1.1.4 <i>Les communes, un point d'entrée essentiel en matière d'action sociale</i>	13
1.1.5 <i>La diversité des opérateurs (associations, établissements médico-sociaux).....</i>	14
1.3 DE NOUVEAUX MODES DE COORDINATION AMBITIEUX, DONT LA MISE EN ŒUVRE EST INACHEVÉE	14
1.3.1 <i>Des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale (SDOSMS) encore perfectibles</i>	14
1.3.2 <i>Le pilotage du dispositif de solidarité pour l'autonomie gagnerait à être plus lisible.....</i>	16
2. L'ACTION SOCIALE EN DIRECTION DES PERSONNES AGEES	18
1.1 L'ACCÈS AUX PRESTATIONS : POINT D'ENTRÉE, INFORMATION ET ORIENTATION	18
1.1.1 <i>Un accueil de proximité assuré par les collectivités territoriales</i>	18
1.1.2 <i>L'émergence des Centres locaux d'information et de coordination (CLIC).....</i>	19
1.1.3 <i>Le développement de services d'information à partir des Comités départementaux des retraités et personnes âgées (CODERPA).....</i>	19
1.2 LA COORDINATION ENTRE ACTEURS ET ENTRE LES DOMAINES SANITAIRE ET SOCIAL	20
1.2.1 <i>La coordination entre les partenaires du secteur social</i>	20
1.2.2 <i>La nécessaire coordination entre les acteurs des domaines sanitaire et social</i>	20
1.3 L'AIDE À DOMICILE	21
1.3.1 <i>L'évaluation médico-sociale</i>	22
1.3.2 <i>L'élaboration du plan d'aide à domicile.....</i>	22
1.1.3 <i>Les modalités de mise en œuvre et de tarification du plan d'aide à domicile (prestataire public et privé, mandataire, gré à gré).....</i>	25
1.1.4 <i>Le suivi de la mise en œuvre du plan d'aide et de l'évolution des besoins des bénéficiaires.....</i>	25
1.1.5 <i>La qualité des prestations</i>	26
1.4 L'ÉVOLUTION DE L'HÉBERGEMENT ET LES INITIATIVES VISANT À DÉCLOISONNER LES RÉPONSES AUX BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES.....	27
1.4.1 <i>L'hébergement.....</i>	27
1.4.2 <i>Favoriser l'activité pour retarder l'arrivée de situations de dépendance</i>	28
1.4.3 <i>Développer les actions de prévention</i>	28
1.4.4 <i>Des formules locatives adaptées au maintien à domicile des personnes âgées</i>	28
1.4.5 <i>L'émergence d'une offre multiservices</i>	28
3 - L'ACTION SOCIALE EN DIRECTION DES PERSONNES HANDICAPEES.....	30
3.1 LA CRÉATION DES MDPH	30
3.1.1 <i>Un accès unifié aux droits et prestations prévus pour les personnes handicapées</i>	30
3.1.2 <i>Un engagement fort des Conseils généraux</i>	31
3.1.3 <i>Une organisation encore perfectible</i>	31
3.2 LA LENTE MONTÉE EN RÉGIME DE LA PCH	32
3.3 LA MISE EN PLACE DU FONDS DÉPARTEMENTAL DE COMPENSATION DU HANDICAP	33
4. REFLEXIONS SUR L'EVOLUTION DE L'ACTION SOCIALE EN FAVEUR DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES	34
4.1 L'ACTION SOCIALE EN DIRECTION DES PERSONNES ÂGÉES	34
4.1.1 <i>L'accès aux prestations et la coordination de l'accompagnement social</i>	35
4.1.2 <i>Des prestations de qualité adaptées aux besoins</i>	35

4.2	L'ACTION SOCIALE EN DIRECTION DES PERSONNES HANDICAPÉES.	36
4.2.1	<i>La MDPH</i>	36
4.2.2	<i>La montée en régime de la prestation de compensation du handicap</i>	37
4.2.3	<i>La mise en place des fonds départementaux de compensation du handicap</i>	37
4.3	LE PILOTAGE DE L'ACTION PUBLIQUE.....	37
4.3.1	<i>La lisibilité de la politique nationale et l'amélioration de la qualité</i>	38
4.3.2	<i>Les procédures de préparation et de mise en œuvre des PRIAC</i>	38
4.3.3	<i>La procédure d'élaboration des schémas départementaux</i>	38
4.3.4	<i>Les relations entre les départements et les caisses</i>	38
4.3.5	<i>Le suivi de la performance, le contrôle et l'évaluation</i>	39
	CONCLUSION	40

INTRODUCTION

Par lettre du 2 mars 2006, le Ministre de la Santé et des Solidarités a donné son accord pour que l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) articule ses travaux avec ceux de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée Nationale relatifs aux politiques décentralisées d'action sociale. Après contacts avec les co-présidents de la MECSS, le chef de l'IGAS a confirmé par lettre du 23 octobre 2006 qu'une mission serait réalisée sur la mise en œuvre de l'action sociale au plan local et plus spécifiquement sur les politiques en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Par lettres du 31 octobre et du 9 novembre 2006, le chef de l'IGAS a confié cette mission à Madame Stéphanie DUPAYS et à Messieurs Christophe LANNELONGUE, Thierry LECONTE et Pierre SARDOU (cf. annexe 1).

La mission a étudié cette problématique dans 4 départements, définis en concertation avec les co-présidents de la MECSS : le Lot-et-Garonne, le Nord, le Rhône et le Val-de-Marne.

Après un rappel des choix méthodologiques, seront présentés, dans une première partie, les compétences des acteurs institutionnels et la manière dont ils se coordonnent, et dans une deuxième et troisième partie, les constats de la mission sur l'action sociale menée en faveur des personnes âgées et en faveur des personnes handicapées.

METHODOLOGIE SUIVIE PAR LA MISSION

La mission s'inscrit dans la continuité des travaux réalisés antérieurement par l'IGAS en liaison avec la MECSS sur la cartographie de l'action sociale¹. Elle a d'abord pour objet de décrire et d'apprécier le rôle des différents acteurs institutionnels au niveau local, la nature et la qualité de leur coopération, la façon dont ils se coordonnent et d'en déduire des constats sur la qualité actuelle du service rendu à l'utilisateur et ses perspectives d'évolution.

L'action sociale est comprise dans un sens large (à la fois d'action sociale et d'aide sociale) car ces deux aspects sont tellement enchevêtrés qu'il semblait à la mission impossible de distinguer de manière claire et indiscutable l'action sociale extra-légale des autres techniques d'intervention. De plus, les définitions d'action sociale et d'aide sociale ne font pas l'objet d'un consensus théorique et sont largement confondues par les acteurs de terrain. En revanche, la mission n'a pas traité les sujets qui se situent aux frontières entre l'action sociale et les politiques sectorielles en matière d'insertion professionnelle des personnes handicapées ou de la scolarisation des enfants handicapés.

Pour rendre compte de la diversité des contextes, la mission a enquêté dans quatre départements qui diffèrent par leur localisation, leur degré d'urbanisation, leur richesse mesurée en terme de PIB par habitant, et leur population : le Lot-et-Garonne (sud, rural, 71^{ème} département par sa population, 72^{ème} par sa richesse), le Nord (nord, urbain, 1^{er} département par sa population, 52^{ème} par sa richesse), le Rhône (sud, urbain, 3^{ème} département par sa population, 4^{ème} par sa richesse) et le Val-de-Marne (Ile-de-France, urbain, 8^{ème} département par sa population, 10^{ème} par sa richesse).

La mission a mené ses investigations à partir d'un questionnaire qui a servi de base aux entretiens qu'elle a eu, dans chaque département, entre le début novembre et la mi-décembre 2006 avec les principaux acteurs de l'action sociale : les élus et les responsables des services du Conseil général, de communes et de centres communaux d'action sociale (CCAS), les responsables des services de l'Etat (de la direction régionale [DRASS] et départementale des affaires sanitaires et sociales [DDASS]), de la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) dans la région concernée, de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), des Caisses d'allocation familiale (CAF), de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et de Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), de représentants² des usagers (associations de personnes handicapées) et d'opérateurs (prestataires d'aide à domicile, responsables d'établissement).

Dans le cadre des délais qui lui étaient impartis, la mission a choisi de limiter son enquête aux aspects les plus significatifs des évolutions récentes dans les 4 départements concernés.

La mission s'est appuyée sur les rapports récents qui ont traité ces sujets, et notamment :

- le rapport de l'IGAS relatif à la prise en charge à domicile des personnes âgées dans l'Allier (mars 2005) ;
- le rapport de la Cour des comptes relatif aux personnes âgées dépendantes (novembre 2005) ;

¹ Rapport IGAS RM 2006-165P « Contribution à la cartographie de l'action sociale » présenté par Bérénice DELPAL et Gildas LE COZ novembre 2006.

² Cf. annexe 2.

- le rapport d'audit conjoint de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'IGAS sur l'allocation aux adultes handicapés (avril 2006) ;
- le rapport de l'IGAS relatif à la politique de maintien à domicile des personnes âgées relevant de l'action sociale de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (juillet 2006) ;
- le rapport du sénateur Blanc intitulé « Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge » (juillet 2006).

I - L'EVOLUTION DE LA PLACE DES ACTEURS

Dans la mesure où les modifications législatives se sont succédées ces dernières années, le système n'est pas encore stabilisé au moment où est intervenue la mission. La diversité des situations observées paraît également en cohérence avec le contexte de la décentralisation.

1.1 Un cadre législatif et réglementaire renouvelé

1.1.1 De nouveaux dispositifs en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées

La loi du 20 juillet 2001, modifiée par la loi du 31 mars 2003, relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) modifie en profondeur le cadre de la prise en charge des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans. Succédant au dispositif de la prestation spécifique dépendance, l'ambition de l'APA est de renforcer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, en leur permettant de bénéficier des aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante. Son attribution a été étendue aux personnes relevant du groupe iso ressources³ (GIR) 4 et le recours sur succession a été supprimé. L'allocation concerne à la fois les personnes âgées résidant à domicile et celles demeurant en établissement. Elle est fondée sur le libre choix du lieu de vie de la personne âgée et sur la possibilité, pour sa famille, de bénéficier d'un soutien dans l'aide qu'elle lui apporte. L'allocation personnalisée s'adresse à l'ensemble des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un soutien de la collectivité. Elle est attribuée dans les mêmes conditions sur tout le territoire. L'uniformisation des tarifs et des barèmes nationaux doit garantir l'égalité et la transparence du dispositif vis-à-vis des usagers. En effet, un tarif national fixe le montant maximum du plan d'aide à domicile en fonction du degré de perte d'autonomie du bénéficiaire. Un barème national permet également de déterminer, en fonction des ressources de l'usager, la participation restant à sa charge.

Au 31 mars 2006, 948 000 personnes ont bénéficié de l'APA, soit une croissance annuelle de 7 %, ce qui est supérieur à l'augmentation du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus (+ 3 % en 2005). Cette augmentation concerne les bénéficiaires vivant à domicile, le nombre de bénéficiaires résidant en établissement étant resté stable. Ainsi, début 2006, 59 % des bénéficiaires de l'APA vivaient à domicile et 41 % résidaient en établissement.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a, notamment, précisé et renforcé les missions de la Caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie (CNSA), porté création des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et institué la prestation de compensation du handicap (PCH), destinée à financer des aides humaines (assistance à domicile), des aides techniques (lit médical, fauteuil roulant...), des aides d'aménagement (du logement et du véhicule) ainsi que l'attribution et l'entretien des aides animalières.

³ L'attribution de l'APA repose sur une grille d'appréciation de la dépendance, la grille nationale AGGIR (autonomie gérontologie groupes iso-ressources). Cette grille classe les personnes dépendantes en 6 classes, allant de la dépendance la plus forte (GIR 1) à la plus faible (GIR 6), qui permettent de déterminer le niveau d'aide commandé par leur état. Seuls les GIR 1 à 4 ouvrent droit à l'APA.

La loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne prévoit, notamment, la simplification des procédures d'agrément. L'agrément qualité, obligatoire pour les structures qui s'adressent aux publics fragiles (enfants de moins de 3 ans, personnes âgées de plus de 60 ans et personnes handicapées), est accordé à l'organisme demandeur par le Préfet de département, après instruction de la demande par la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP). Cet agrément porte sur la capacité de l'organisme demandeur à assurer une prestation de qualité ainsi que sur l'affectation des moyens humains, matériels et financiers proportionnés à cette exigence. L'agrément permet de faire bénéficier les clients de nombreux avantages fiscaux (réduction d'impôt, TVA à taux réduit, allègement des charges patronales de sécurité sociale en tant qu'employeur).

1.1.2 Un nouveau partage des responsabilités entre acteurs de l'action sociale

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, dite acte II de la décentralisation, approfondit la décentralisation des politiques sociales entamée au début des années 80, notamment en confortant le rôle fondamental du département en matière d'action sociale et médico-sociale.

Ainsi, le département se voit attribuer un véritable rôle de chef de file de l'action sociale, chargé de définir et de mettre en œuvre cette politique publique. En matière d'organisation sociale et médico-sociale, la loi confie au seul Conseil général l'initiative, le pilotage et la responsabilité d'arrêter le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale. Par ailleurs, elle conforte la compétence générale du département en matière d'action sociale en faveur des personnes âgées, seul pilote de la coordination gérontologique.

La loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées porte création d'un nouvel établissement public, la CNSA. Installée en 2005, la CNSA exerce l'ensemble de ses compétences depuis le 1^{er} janvier 2006. Elle a pour mission de financer et de coordonner les actions en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Ses ressources proviennent de la solidarité nationale (2 Md€ issus de la contribution solidarité autonomie et 1 Md€ issu de la contribution sociale généralisée en 2006) et des crédits de l'assurance maladie destinés à l'accueil et à l'accompagnement des personnes âgées ou handicapées (11 Md€ en 2006). Elle contribue au financement des aides individuelles versées par les Conseils généraux à hauteur de 1,4 Md€ pour l'APA et 500 M€ pour la prestation de compensation du handicap. Elle accompagne, pour 70 M€ en 2005 et 20 M€ en 2006, l'installation dans chaque département d'une MDPH, groupement d'intérêt public placé sous la tutelle du Conseil général, qui exerce une mission d'accueil, d'évaluation des besoins et de reconnaissance des droits. Elle intervient aussi, à travers le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), dans la répartition des crédits destinés aux établissements et aux services d'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées.

La CNSA doit garantir le respect du principe d'égalité sur l'ensemble du territoire et évaluer la qualité du service rendu au regard des besoins et des choix de vie. La CNSA est donc à la fois une « caisse » chargée de répartir les moyens financiers et une « agence » d'appui technique. Pour cela, la loi du 11 février 2005 crée un nouvel outil pour mieux identifier et inscrire dans le temps les priorités de financement au niveau régional : le PRIAC. Cet outil a pour objectif l'adaptation et l'évolution de l'offre d'accueil en établissements et services médico-sociaux au sein de la région, pour garantir l'équité territoriale. Son approche est

globale, elle va de la prévention au dépistage précoce, à la scolarisation, la formation et l'insertion professionnelle, la vie sociale et l'accompagnement du vieillissement.

La procédure d'élaboration des PRIAC est une démarche ascendante. Pour 2006, sous l'autorité des préfets de région, 22 projets de PRIAC ont été élaborés au printemps 2006. Sur cette base, la CNSA a dressé un premier bilan quantitatif et qualitatif des besoins d'équipement au plan national en juillet 2006 et a notifié les enveloppes définitives en septembre 2006, pour le financement des priorités inscrites dans les PRIAC.

Dans les départements étudiés, compte tenu des contraintes, notamment de délai, le premier exercice d'élaboration des PRIAC a plus été un outil de répartition des financements entre départements qu'un cadre de concertation entre les priorités nationales définies par l'administration centrale et les priorités locales inscrites dans les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale.

1.2 L'évolution du positionnement des acteurs

Les différents acteurs (Etat, collectivités territoriales, caisses de sécurité sociale, opérateurs) organisent le pilotage et l'animation des politiques locales mais, à l'exception principalement des communes via les centres communaux d'action sociale (CCAS), ils ne sont pas directement opérateurs de l'action sociale, c'est-à-dire producteurs de services ou gestionnaires d'établissements. Ils agissent au niveau territorial dans un cadre qui est défini par les politiques nationales, telles que le plan « bien vieillir » et le plan « solidarité- grand âge » pour les personnes âgées, et par les lois de finances (notamment les crédits fixés dans le programme 157 handicap-dépendance) ou les lois de financement de la sécurité sociale (les ressources définies par l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie [ONDAM] médico-social) et le programme de qualité et d'efficience « invalidité et dispositifs gérés par la CNSA ».

L'ensemble de ces éléments est traduit par l'administration centrale (principalement la Direction générale de l'action sociale [DGAS] et la Direction de la sécurité sociale [DSS] au ministère) en orientations pour la CNSA mais aussi pour la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et la Mutualité sociale agricole (MSA) dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion (COG) qui lient chacune d'entre elles à l'Etat. Dans ce cadre, la CNSA a une responsabilité majeure puisqu'elle fixe, *in fine*, les enveloppes départementales et régionales limitatives et s'assure de leur suivi. La CNSA joue aussi le rôle d'une agence technique qui doit assurer un rôle de garant de la qualité, notamment des MDPH dont elle soutient financièrement le fonctionnement.

1.2.1 Les départements sont désormais les « chefs de file »

Des attributions élargies

Le Président du Conseil général arrête le schéma d'organisation sociale et médico-sociale. Pour les personnes âgées, il assure la mise en œuvre des responsabilités du département dans la coordination de l'action sociale, le pilotage des Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et du Comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA). Pour les personnes handicapées, en sa qualité de président du groupement

d'intérêt public (GIP) MDPH, il organise le fonctionnement de cette structure et notamment des commissions qui décident des aides. Pour l'ensemble des publics personnes âgées et personnes handicapées, il organise le financement et la distribution de prestations d'aide et d'action sociales (notamment de l'APA et de la PCH).

A ce titre, en 2004, au plan national, les aides sociale en faveur des personnes âgées mises en œuvre par les départements s'élèvent à 5,7 Md€, dont 2,5 Md€ pour l'aide à domicile (aide ménagère, APA à domicile, allocation compensatrice pour tierce personne [ACTP] des 60 ans ou plus) et 3 Md€ pour l'aide aux personnes âgées en établissement ou en famille d'accueil (accueil en établissement au titre de l'aide sociale à l'hébergement et APA en établissement, ainsi que 0,14 Md€ pour d'autres dépenses.

Pour les personnes handicapées, les dépenses d'aide sociale s'élèvent à 3,7 Md€ dont 0,618 Md€ pour l'aide à domicile (aide ménagère, auxiliaire de vie et ACTP des moins de 60 ans) et un peu plus de 3Md€ pour l'aide en établissement (essentiellement l'accueil en établissement et marginalement l'accueil chez les particuliers).

Les entretiens menés, les documents et les chiffres fournis ne laissent pas de doute quant à la prise en main par les Conseils généraux de leurs nouvelles attributions, tant à l'égard des personnes âgées avec l'APA, les CLIC et les CODERPA, qu'à l'égard des personnes handicapées avec la mise en place des MDPH présidées par le Président du Conseil général.

Le renforcement des capacités d'action

Pour assurer la mise en œuvre de nouvelles responsabilités, les départements ont renforcé leurs capacités d'action. Dans les grands départements rencontrés par la mission, a été engagé un mouvement de « territorialisation » des services qui a conduit à l'implantation d'unités territoriales dans des conditions assez différentes d'un département à l'autre, notamment selon l'intensité de la couverture et le degré de déconcentration interne dans la gestion : par exemple 8 directions d'action sociale découpées en 42 unités territoriales dans le département du Nord qui compte 2,5 millions d'habitants contre 47 unités territoriales dans celui du Rhône pour 1,5 millions d'habitants). Ce renforcement des structures et des effectifs s'est accompagné du développement d'outils de pilotage et d'animation ; ainsi les départements se sont fortement engagés dans la mise au point de schémas.

Néanmoins, entre les personnes âgées, domaine bien connu des départements, les handicapés adultes, où leurs interventions étaient déjà importantes, et les enfants handicapés, domaine presque entièrement nouveau, même si les départements financent partiellement les centres d'action médico-sociale précoce (CAMPS) et gèrent les frontières avec l'aide sociale à l'enfance (ASE), il y a de grandes différences dans la connaissance des besoins, dans la construction et la formalisation de politiques et la gestion de dispositifs. Ces différences sont visibles dans les schémas qui restent le plus fréquemment séparés, celui de l'enfance handicapée restant souvent à élaborer.

L'importance du partenariat

Si la loi du 13 août 2004 donne un rôle privilégié au département, elle ne lui a pas donné le monopole de l'intervention en direction des personnes âgées et des personnes handicapées. Les autres acteurs majeurs de l'action sociale conservent un rôle significatif pour la mise en

œuvre de l'action sociale en direction des personnes âgées et handicapées. Dans les départements étudiés par la mission, le partenariat est inégalement formalisé.

Avec les autres acteurs locaux, les relations ne découlent pas toujours de conventions (seuls les organismes de sécurité sociale s'efforcent de passer des conventions, mais celles-ci ont des contenus très variables) et les négociations sont parfois toujours en cours sur des sujets tels que participations et/ou reconnaissances mutuelles d'évaluations. Les ajustements discutés ou effectués ne sont pas toujours exempts de griefs réciproques.

Ainsi, les caisses de sécurité sociale sont l'objet d'accusations de désengagement, leurs participations -inégalement- aux nouveaux dispositifs (MDPH, fonds de compensation, évaluation, CLIC) étant perçues comme beaucoup plus modestes. Dans certains cas on peut noter l'absence de contribution en nature ou en espèces à leur fonctionnement ou le retrait de soutien à des associations qui se retournent alors vers le Conseil général.

Le positionnement variable des Centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

Dans les départements rencontrés, la mission a pu observer là encore une très grande diversité de situations⁴. Le développement des CLIC peut rester très embryonnaire ou être presque achevé, notamment en fonction des choix des Conseils généraux et de leur évolution dans le temps. Ainsi, par exemple, le département du Rhône a dans un premier temps organisé le développement des CLIC dont l'activité est essentiellement consacrée à l'information du public en faisant assurer leurs fonctions par ses services territoriaux, les Maisons du Rhône (MDR), et désormais il s'efforce de développer des CLIC qui assurent une fonction d'évaluation sociale et médico-sociale et d'articulation avec le sanitaire, en liaison étroite avec les MDR, mais sans que ces structures se confondent. Dans le Nord, le Conseil général a défini, en 2006, une politique de développement des CLIC à partir d'un zonage de son territoire et d'un cahier des charges qui permet de conditionner le soutien financier du département au respect par les CLIC d'exigences de qualité.

Les différences de couleur politique entre collectivités locales peuvent conduire à donner un rôle plus ou moins central aux CLIC, le plus souvent portés par des associations ou établissements. Le support des CLIC peut être communal (CCAS), associatif, ou même une structure d'hébergement ou hospitalière.

Plus qu'un guichet unique, les CLIC apparaissent comme le moyen pour les professionnels de fonctionner de façon coordonnée avec une multiplicité de points d'entrée. Plus qu'un instrument d'évaluation, ils constituent un dispositif d'orientation et de coordination, en particulier avec les acteurs du sanitaire.

Des systèmes d'information hétérogènes et peu adaptés aux nouveaux dispositifs

Enfin, et ce point est particulièrement crucial aux yeux de la mission, dans les départements rencontrés, la mise en place d'un système d'information fiable et performant, répondant tant aux besoins des gestionnaires qu'aux demandes de l'Etat, central et déconcentré, ne semble pas être une priorité, alors que les systèmes existants, parfois hérités de l'Etat, ne prennent pas toujours en compte les nouveaux dispositifs. Cette situation ne facilite pas l'identification quantitative et qualitative des besoins et ne permet pas d'apprécier pleinement la performance

⁴ 25 CLIC dans le Nord, 4 dans le Val-de-Marne, 1 dans le Lot-et-Garonne.

des dispositifs mis en œuvre et encore moins d'en avoir une vision précise sur la France entière.

1.2.2 Le nouveau positionnement des services de l'Etat

Les attributions des services de l'Etat

Au niveau déconcentré, l'Etat intervient à travers de multiples services placés sous l'autorité du préfet. Pour les personnes âgées il s'agit principalement des DRASS, des DDASS et des directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP). Pour les personnes handicapées, à ces services s'ajoutent les services de l'éducation nationale (Inspection d'académie) et de l'équipement (DDE). Il convient d'ajouter au niveau régional l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) et le GIP groupement régional de santé publique (GRSP) pour les actions en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées.

Le préfet de département intervient dans l'élaboration du schéma ; il est l'autorité tarifaire pour les crédits médico-sociaux de l'assurance maladie (ONDAM médico-social) et il assure la représentation de l'Etat au sein de la MDPH (et donc la coordination des services de l'Etat qui y participent). Le préfet de région établit le PRIAC, outil de programmation pour tous les services relevant de la compétence exclusive ou partagée de l'Etat et de l'assurance maladie.

Les services de l'Etat ont du mal à trouver un nouvel équilibre

Dans les départements rencontrés, les services de l'Etat qui ont souffert d'une diminution de leurs effectifs (essentiellement en raison de transferts d'effectifs au GIP MDPH) ont du mal à trouver un nouveau positionnement, notamment pour ce qui n'est pas de leur compétence exclusive. L'Etat reste indispensable pour l'intégration scolaire et l'emploi des personnes handicapées ; sa place n'est pas contestée en ce qui concerne la tarification, la programmation, ou en tant que garant de l'efficacité et de l'égalité des politiques mises en œuvre.

Les préfets sont attentifs à la présence et à l'affirmation de l'Etat dans les organismes (MDPH, CLIC) dont ils sont membres ou auxquels ils sont invités. Les départements et l'ensemble des acteurs semblent également le souhaiter, même si cela ne s'articule parfois qu'autour de la question des moyens.

Un nouvel équilibre est donc en train de se trouver dans le fonctionnement des MDPH, des établissements et des services. L'héritage contesté du système d'information ITAC ne rend pas moins nécessaire une forte attention aux systèmes d'information qui seront mis en place et dont la mission a pu constater qu'ils n'étaient pas toujours une priorité pour les collectivités territoriales. Mais, dans les départements rencontrés, c'est surtout la nouvelle configuration en matière de planification et de programmation qui manque de lisibilité pour les acteurs locaux (services déconcentrés de l'Etat et collectivités territoriales). Dans ce cadre, le mode traditionnel de relation au sein des services de l'Etat entre les niveaux national, régional et départemental a été remis en cause du fait des transferts de compétences au profit des Conseils généraux et de la mise en place de la CNSA, les procédures mises en œuvre par la CNSA (PRIAC, conventions) ayant conduit à un dialogue direct avec les départements.

1.2.3 Les organismes de sécurité sociale réorientent leurs activités en matière d'action sanitaire et sociale

Les attributions des organismes de sécurité sociale

Depuis la création de l'APA et les orientations de la nouvelle COG (2005 – 2008) de la CNAV, les organismes de protection sociale interviennent dans la mise en place des prestations d'action sociale pour les personnes âgées (CRAM), l'aide aux structures d'accueil (notamment la création, la modernisation et le financement d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [EHPAD] par les CRAM), le suivi des établissements relevant du budget de l'assurance maladie (CRAM), l'action sociale pour les personnes handicapées, notamment pour abonder le fonds départemental de compensation du handicap (CPAM et CAF) ou pour assurer la gestion de l'allocation adulte handicapée (AAH), de l'allocation enfant handicapé (AEH) et de l'aide au logement (CAF).

La COG 2005 – 2008 de la CNAV fixe les budgets d'action sociale pour les personnes âgées. Pour 2006, la dotation en faveur de l'aide à domicile s'élevait à 282 M€, dont 231 M€ pour l'aide ménagère, et la dotation destinée à l'hébergement en établissements s'élevait à 75 M€

Le montant de l'enveloppe consacrée à l'action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale est peu important par rapport à l'ensemble des dépenses des organismes de sécurité sociale et par rapport aux dépenses d'action sociale des départements, mais les administrateurs des caisses sont très attachés à l'exercice de ces responsabilités. Les contraintes financières et la mécanique des COG viennent s'ajouter à la nécessité de s'adapter au nouveau partage des attributions afin de renforcer le poids des directives et recommandations des caisses nationales.

Le nouveau positionnement de l'activité des caisses

L'action des CRAM est recentrée sur les GIR 5 et 6, conformément à l'avenant passé sur la COG 2001 – 2004 et à la COG 2005 - 2008. Elles ont revu leur place par rapport aux collectivités territoriales avec des engagements variables (modalités de participation au fonds départemental de compensation du handicap, rôle dans les évaluations globales ou non) et en privilégiant des actions précises. Elles ont également redéfini les rôles des organismes prestataires auxquelles elles étaient liées afin de mettre en œuvre les orientations nouvelles des caisses nationales (diminution de la part de l'aide ménagère, plan d'action personnalisé, Aide au Retour à Domicile de l'Hôpital). Ainsi, dans les CPAM, l'accent est mis sur la prévention, les actions transversales à caractère sanitaire ou en direction des plus démunis.

En complément d'actions tournées vers les GIR 5 et 6, c'est aussi dans le domaine sanitaire que se dessine un rôle important pour les organismes de sécurité sociale : annexes gérontologiques des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), politique des réseaux -qui nouent des liens avec les CLIC ou aspirent à en jouer le rôle-, centres d'appareillage, liens avec les mutuelles. L'action des caisses n'est donc pas strictement cantonnée aux GIR 5 et 6.

Des engagements fortement marqués par le contexte local

Les actions des caisses sont menées tant à un échelon départemental (évaluation médico-sociale, MDPH) qu'à un échelon infra départemental et donc en lien avec les communes, les

CCAS, les CLIC, les établissements hospitaliers. Pour ce qui concerne les MDPH, dans les départements rencontrés, leur montée en charge est progressive et inégale. Le recul manque pour évaluer des politiques qui sont fonction des particularités et de l'histoire locale (réussite ou non de l'expérience des sites de la vie autonome⁵) dans l'étendue des engagements conventionnels et aux différences entre régimes (le réseau MSA multirisque, très ancré aux niveaux infra départementaux, et comptant un poids relatif important des retraités, semble s'adapter assez vite au nouveau paysage). Dans les quatre départements que la mission a visités, existent des SVA qui ont préfiguré les fonds départementaux de compensation du handicap.

1.2.4 Les communes, un point d'entrée essentiel en matière d'action sociale

Dans les départements visités par la mission, c'est au niveau des communes qu'on trouve la plus grande diversité des rôles, là encore en fonction principalement des moyens dont ils disposent et de l'histoire.

Les communes constituent le point d'entrée incontournable dans le domaine de l'action sociale locale. Les communes et leurs CCAS sont des vecteurs d'expression des besoins individuels et collectifs. La mission n'a pas rencontré de commune engagée dans l'appréciation des besoins sociaux prévue par la loi et pour laquelle l'Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale (UNCCAS) fournit des outils. Les maires, leurs services, les CCAS, reçoivent les personnes, les familles et les orientent. Même sans travailleurs sociaux et pas seulement en zone rurale, c'est un point d'accès important et nécessaire. Ils sont dans des réseaux divers, plus souvent informels (élus, administratifs, travailleurs sociaux) que formels (CLIC). Les plans « canicule » ont souvent renforcé leur connaissance des personnes et ils sont toujours le premier recours.

Le maire peut mettre en œuvre des actions pour les personnes âgées (animation, information, création de services et d'établissements), directement ou à travers le CCAS. Les responsables du CCAS disposent d'une compétence générale en matière de prévention et de développement social et peuvent intervenir sous forme de prestations et /ou de création d'établissements sociaux et médico-sociaux

Dans certains cas, les CCAS ont développé des services qui ultérieurement ont été généralisés par le département (système de téléalarme mis en place dans les années 80 à Créteil dans les foyers logements). Les établissements demeurent, se transforment, développent eux-mêmes des services à l'extérieur. Le portage de repas devient l'occasion d'un suivi informel des personnes âgées.

Malgré le développement de services d'aide à domicile (SAD) mis en œuvre par des associations ou plus récemment par des structures privées, les communes conservent un rôle d'information important, notamment vers les personnes âgées. A l'inverse, les communes sont moins impliquées en direction des personnes handicapées et de leurs familles pour lesquels le mouvement associatif, gestionnaire ou non, est particulièrement présent.

⁵ Les sites de la vie autonome (SVA) sont des dispositifs qui doivent organiser la coopération entre les différents partenaires que constituent l'Etat, le Conseil général, les organismes de sécurité sociale et les associations représentatives des personnes handicapées pour, notamment, financer des aides techniques et des aménagements de lieux de vie au bénéfice des personnes handicapées (circulaire DGAS du 19 juin 2001 relative au dispositif de la vie autonome).

Un point important de différenciation est le degré d'engagement de la commune, via le CCAS, dans la production de services à domicile ou la gestion d'établissement d'hébergement (foyers, EHPAD). Certaines communes se sont recentrées sur un rôle de pilotage et d'animation.

1.2.5 La diversité des opérateurs (associations, établissements médico-sociaux)

Dans les départements étudiés par la mission, les situations sont très variées en ce qui concerne la nature juridique des services et des établissements (communaux, dépendants de CCAS ou d'établissements de santé, associatifs, à but lucratif) et leur degré d'organisation (très dispersés ou regroupés au sein de quelques associations). Les Conseils généraux sont plus en situation de devoir s'adapter à ces réalités qu'en position de les organiser.

Le champ des personnes âgées et des personnes handicapées est un domaine caractérisé par la présence d'un grand nombre d'associations. La tendance au regroupement est sensible pour l'aide à domicile. Dans le Lot-et-Garonne, les deux fédérations ADMR et UNA ont su fédérer les associations locales et passer des conventions, tant avec le Conseil général qu'avec les caisses. Cette situation leur a donné une capacité d'action supplémentaire. A l'inverse, dans le département du Rhône, le secteur est très atomisé car il compte plus de 150 prestataires. Dans son ressort géographique, la CRAM Nord Picardie a conduit, par l'octroi de subventions pour la mise en œuvre de l'aide ménagère à domicile, une politique visant à faciliter le regroupement des associations pour leur permettre d'améliorer leurs prestations.

En milieu rural, il convient de ne pas oublier le rôle économique du secteur médico-social, sa capacité à maintenir ou à restaurer une certaine vitalité à l'échelle d'un canton ou d'une petite ville. Dans les communes concernées, la présence des établissements d'hébergement a un impact sur les comportements (meilleure intégration des personnes handicapées) et conduit les élus à mener des politiques d'accessibilité, peu développées généralement.

La mission a également noté, mais elle n'a pu approfondir ce point, le développement du secteur lucratif dans les services à la personne avec l'apparition de groupes nationaux, et donc le développement d'une certaine forme de concurrence. Depuis 2005, le renforcement des exonérations sociales et fiscales est aussi un moteur pour le développement des entreprises de service à la personne.

1.3 De nouveaux modes de coordination ambitieux, dont la mise en œuvre est inachevée

1.3.1 Des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale (SDOSMS) encore perfectibles

L'hétérogénéité des schémas départementaux

Les dispositions de la loi du 13 août 2004 qui confie aux départements la responsabilité d'établir un schéma d'ensemble (SDOSMS) ne sont pas encore appliquées partout. De ce fait, dans trois départements rencontrés sur quatre, les schémas départementaux sont présentés séparément et, de manière générale, sont très hétérogènes, notamment dans leurs conditions d'élaboration (date d'élaboration, terme de leur réalisation, conditions d'organisation de la

concertation avec les partenaires) mais surtout leur contenu ainsi que la précision des orientations et du volet de programmation financière.

Dans les départements visités par la mission, les Conseils généraux s'aventurent peu dans les domaines autres que ceux maîtrisés directement par le département et, surtout, ils restent vagues quant aux engagements financiers. C'est que, même quand ils ont été élaborés récemment, les schémas sont marqués par une triple incertitude sur les moyens :

- celle de l'évolution des dépenses incombant aux départements (APA, PCH) et de leur couverture par la fiscalité locale ;
- celle de l'évolution des enveloppes médico-sociales départementales fixées par la CNSA au titre de l'ONDAM médico-social ou de financements affectés ;
- celle des enveloppes inscrites au budget de l'Etat au titre du programme 157 (handicap et dépendance).

Ce contexte donne une grande importance à l'état des finances départementales et au potentiel fiscal : l'aisance permet des recrutements supplémentaires pour la mise en place de la MDPH, permet d'envisager de façon dynamique les potentialités des nouvelles attributions tout en gardant une capacité d'engager des actions facultatives. A l'inverse, des priorités reconnues par les schémas (développer les coordinations infra départementales que sont les CLIC, par exemple) peuvent ne pas être financées. Ainsi, dans le Nord, l'exercice de planification se transforme en instrument de revendication financière pour dénoncer l'incapacité de l'Etat et de l'assurance maladie à accorder des financements nécessaires pour l'ouverture des établissements autorisés.

Les conditions d'organisation de la concertation sont très différentes d'un département à l'autre. Ainsi dans un département, les associations regrettent que l'élaboration du schéma départemental sur les adultes handicapés, le troisième dans ce département mais le premier élaboré sous la pleine responsabilité du Conseil général, ait été aussi rapide. Elle a été menée en un an ; au départ quatre groupes de travail ont fonctionné : vieillissement, insertion professionnelle, handicap psychique et accompagnement à domicile. Ces thèmes ont été définis par le Conseil général sans concertation avec les associations. Les groupes étaient co-animés avec l'Etat. Il n'y a eu que deux réunions par groupe. A l'issue de ces travaux considérés comme trop sommaires, les associations expriment une forte déception devant un texte qu'elles jugent à la fois manquant d'ambition et d'opérationalité.

Une analyse des besoins insuffisante

Dans tous les départements visités par la mission, les schémas ont été élaborés à partir d'analyse des besoins dont la précision et donc la portée opérationnelle sont limitées. C'est en partie lié au caractère délicat de l'appréhension statistique du handicap ou de la dépendance mais aussi des lacunes dans les travaux d'études et de statistiques. Par exception, la mission a pu observer que certains services de l'Etat (DRASS Nord - Pas de Calais et Rhône - Alpes) avaient su développer des études sur les besoins en mobilisant les structures d'études locales. Ainsi dans un département, des études approfondies ont été réalisées à partir d'une extension de l'enquête nationale « handicap incapacités dépendance ». Mais ces approches statistiques doivent être complétées par l'expertise des acteurs de terrain pour le repérage fin des besoins dans les différents territoires (par exemple en matière de transports) ; de ce point de vue, l'analyse des besoins ne peut être réalisée uniquement à l'aide d'indicateurs frustrés du type listes d'attente de places en établissements et services. Le développement d'outils d'analyse,

qui a été entrepris à partir d'initiatives telles que celle de l'UNCASS (cf. supra) n'a pas été soutenu par l'administration centrale du ministère.

1.3.2 Le pilotage du dispositif de solidarité pour l'autonomie gagnerait à être plus lisible

Si l'Etat garde de fortes responsabilités, ses capacités d'action ont sensiblement diminué dans les départements car la programmation a été largement transférée au niveau régional. Face à cette évolution, les collectivités territoriales ont pour leur part exprimé la nécessité d'avoir un interlocuteur dans les services déconcentrés de l'Etat. De plus, au niveau régional, les services de l'Etat sont aussi en difficulté parce que la CNSA n'a pas toujours suivi les PRIAC, dans les montants comme dans les répartitions des enveloppes régionales, ce qui trouble le jeu car les collectivités territoriales ne savent plus vraiment qui est leur interlocuteur. Il semble toutefois qu'un certain nombre de défauts de la première génération de PRIAC pourraient être corrigés à l'occasion de leur réexamen annuel.

Antérieurement à la mise en place de la CNSA, il existait des règles, des habitudes assez généralement reconnues, qui permettaient, essentiellement dans un dialogue DDASS - Conseil général et promoteurs, de gérer la programmation des équipements et services, ainsi que la tarification et sa réforme. Les enveloppes régionales (réparties en Comité technique régional et interdépartemental [CTRI]), les files d'attente de financement après passage positif en Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS), les financements partiels consacrant des engagements prioritaires, malgré leur complexité, reposaient sur des règles du jeu implicites mais non satisfaisantes car ne prenant pas en compte les priorités nationales et leur articulation avec les priorités locales.

Dans les départements où s'est rendue la mission, les débuts de la mise en œuvre des PRIAC laissent une impression mitigée aux acteurs locaux, et notamment aux services déconcentrés de l'Etat et aux Conseils généraux. Leur caractère glissant doit leur permettre de s'actualiser en fonction de l'évolution des besoins et des décisions sur le montant des enveloppes. Leurs conditions d'élaboration et d'utilisation sont en cours d'évolution pour tenir compte des nombreuses critiques soulevées par cette première expérience.

La précipitation dans l'élaboration des premiers PRIAC n'a pas permis de véritables débats avec les différents acteurs en l'absence d'outils méthodologiques et ce sont donc les besoins exprimés dans des schémas préexistants, peu ou pas actualisés, et dans les files d'attente des CROSMS qui ont prévalu. Ainsi n'a pas été généralement prise en compte l'expression la plus récente des besoins, alors même que les besoins évoluent, en particulier avec l'effet des nouvelles législations (par exemple les progrès de l'intégration scolaire des enfants handicapés qui déplacent les besoins des établissements vers les services d'accompagnement). De ce fait, les services déconcentrés ont perçu, dans les conditions de déroulement du premier exercice, une forme de méconnaissance de leurs attributions et du travail accompli au niveau local.

Tout en insistant sur le caractère de transition de la période actuelle, il convient de rapporter les remarques assez convergentes des interlocuteurs de la mission : si la décentralisation se fait au profit des départements, les DDASS sont affaiblies car les PRIAC apparaissent plus régionaux qu'interdépartementaux. Les directions régionales sont également affaiblies puisque les PRIAC, pourtant signés par les préfets de région, élaborés avec des arbitrages entre les départements, ne sont pas toujours suivis par la CNSA.

La mise au point de règles du jeu, leur connaissance préalable, un dialogue suffisant entre la CNSA et les services déconcentrés, la clarification des règles de répartition financières, sont présentés comme les conditions d'un développement de cet outil en tant que moyen d'articulation entre les politiques nationales et les priorités locales.

2. L'ACTION SOCIALE EN DIRECTION DES PERSONNES AGEES

Le plan national « bien vieillir » 2007 – 2009, qui succède au plan 2004 – 2007, prévoit des mesures en matière de dépistage et de prévention, de promotion d'une alimentation équilibrée, de l'activité physique et sportive et de bon usage du médicament. Il vise à développer la solidarité entre les générations et à développer la recherche et l'innovation dans ce domaine.

Le plan « solidarité - grand âge » 2007 – 2012, qui a succédé au plan « vieillissement et solidarité » de 2003, vise à faire passer les dépenses inscrites dans l'ONDAM médico social de 5 à 7,3 Md€ Il prévoit un ensemble de mesures contenues dans cinq grands axes : libre choix du domicile, inventer la maison de retraite de demain, adapter l'hôpital aux personnes âgées, assurer pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance, insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention.

La mission a constaté, tout au long de cette étude au sein des quatre départements visités, que les acteurs en charge du secteur des personnes âgées sont particulièrement conscients de l'importance de l'environnement individuel et collectif des personnes âgées et de la nécessité de développer des actions de prévention, ce qui va dans le sens des objectifs généraux du plan « bien vieillir ». Par ailleurs, les idées qui semblent voir le jour en matière d'évolution (de décloisonnement) des offres de services aux personnes âgées sont en cohérence avec les grands axes du plan « solidarité – grand âge », principalement pour favoriser le libre choix du domicile, inventer la maison de retraite de demain, et insuffler une nouvelle dynamique à la prévention.

2.1 L'accès aux prestations : Point d'entrée, information et orientation

Le mode d'organisation des services destinés aux personnes âgées, qui est différent dans chaque département, influe fortement sur les conditions d'accès aux prestations.

2.1.1 *Un accueil de proximité assuré par les collectivités territoriales*

Les interlocuteurs rencontrés par la mission estiment que les communes, et plus particulièrement les centres communaux d'action sociale (CCAS), constituent le point d'entrée le plus facilement identifié par les personnes âgées et leur entourage en matière d'action sociale.

Indépendamment de l'action des communes, pour être au plus près des personnes âgées et favoriser les contacts avec celles qui n'expriment aucun besoin et ne font pas valoir leurs droits, certains départements se sont dotés d'une organisation déconcentrée, en créant des unités territoriales⁶ qui favorisent un égal accès aux droits, que l'on soit en milieu rural ou en milieu urbain.

⁶ Le Conseil général du Nord dispose de 42 unités territoriales déconcentrées qui bénéficient chacune d'un chargé de mission pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Le département du Rhône a fait le choix de déconcentrer tous ses services en créant une unité territoriale par canton (47 unités), au sein de laquelle chaque service dispose d'un correspondant.

Dans le département du Rhône, la densité territoriale des Maisons du Rhône⁷ (MDR) en font un point d'accès utilisé par un large public.

2.1.2 L'émergence des Centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

Dans les zones géographiques où ils ont été installés, les CLIC ont progressivement trouvé leur place⁸ parmi les acteurs territoriaux en charge des personnes âgées. Dans les départements étudiés, il semble que l'intervention des CLIC soit le plus souvent déclenchée par l'appel de professionnels (professionnels de santé, services sociaux) ou par des proches des personnes âgées, eux-mêmes orientés par les services médico-sociaux. Toutefois, une enquête réalisée en 2005 auprès de CLIC d'Ile-de-France, à l'initiative de la DRASS, montre qu'en Ile-de-France les CLIC ne sont pas encore suffisamment connus des médecins libéraux.

Dans le cadre de leur mission d'information, les CLIC rencontrés par la mission sont souvent amenés à élaborer seuls, sans bénéficier du retour d'expérience d'autres CLIC (notamment au sein d'un même département), des guides pratiques destinés aux personnes âgées sur les droits et démarches et sur les contacts utiles (services publics, associations, prestataires de services).

Par exemple, dans le Val-de-Marne, le CLIC 4 travaille avec la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) d'Ile-de-France et la Mutualité sociale agricole (MSA) sur la définition des besoins d'information pour les aidants familiaux. Avec l'aide de subventions de la CRAM Ile-de-France, ce CLIC organise des réunions mensuelles d'information et de débat avec les aidants familiaux.

La mission s'interroge sur l'isolement des CLIC dans un contexte où le département n'assure pas assez un rôle de pilotage et d'animation pour la diffusion des bonnes pratiques.

2.1.3 Le développement de services d'information à partir des Comités départementaux des retraités et personnes âgées (CODERPA)

Dans certains départements, les CODERPA ont été réactivés sous l'égide du Conseil général et peuvent assurer une mission d'information importante au niveau départemental. Dans le Nord, le service d'information du CODERPA est un centre de ressources qui assure la diffusion de l'information auprès des professionnels qui sont en contact avec les personnes âgées⁹ (CLIC, médecins, directeurs d'établissement, élus locaux...). Une démarche similaire est en cours dans le département du Rhône.

⁷ Il peut y avoir plusieurs MDR sur le territoire de certaines communes

⁸ Au cours de l'année 2005, le Point info du CLIC de Lille, qui compte 25 000 personnes âgées sur son ressort, a enregistré 2 446 appels et réalisé 679 accueils, et le CLIC 4 du Val-de-Marne, qui compte 50 000 personnes âgées, a enregistré 3 536 appels et réalisé 252 accueils.

⁹ Cette information est diffusée par de multiples vecteurs de communication : site internet, bulletin d'information mensuel avec dossier thématique, fiches techniques sur les différentes situations auxquelles peuvent être confrontées les personnes âgées dans les domaines du maintien à domicile et de l'hébergement, dossier d'information sur l'organisation et le fonctionnement des structures d'hébergement, répertoire des associations de maintien à domicile, guide des accueils pour personnes âgées. Par ailleurs, le service d'information du CODERPA participe aux forums d'information organisés par les collectivités territoriales.

2.2 La coordination entre acteurs et entre les domaines sanitaire et social

Le grand nombre d'intervenants en matière sanitaire et sociale peut constituer une difficulté pour l'accès aux prestations et rend nécessaire une coordination poussée entre les acteurs.

2.2.1 *La coordination entre les partenaires du secteur social*

Le rôle majeur des CLIC dans la coordination des acteurs

Dans les zones géographiques où ils ont été mis en place, les CLIC jouent un rôle essentiel pour décloisonner les différents secteurs, public et privé, sanitaire et social.

Dans les départements visités par la mission, les CLIC se sont imposés comme des acteurs majeurs en matière de coordination entre les différents intervenants et leur présence semble favoriser le développement de dynamiques locales très fortes. Sollicités¹⁰ par les particuliers ou par les professionnels des secteurs sanitaire et social pour trouver rapidement des solutions globales, qui font appel à de nombreux intervenants, ils offrent des conseils, réalisent des visites à domicile afin d'évaluer les besoins dans leur globalité et proposent des solutions accessibles localement, en fonction de l'offre de service disponible. Ce rôle est d'autant plus important que les personnes âgées n'anticipent pas toujours leur situation de dépendance. Les CLIC sont amenés à intervenir dans des situations d'urgence qui apparaissent à l'occasion d'évènements imprévus (accident, maladie).

Il s'agit ici d'internaliser la complexité des dispositifs (et notamment la multiplicité des acteurs) et de s'attacher à proposer, à travers un interlocuteur unique, des solutions globales et adaptées aux personnes âgées.

La MSA, une place particulière en milieu rural

Dans le Nord et le Lot-et-Garonne, en milieu rural, la MSA assure aussi un rôle d'information et de coordination au profit de ses assurés grâce à une bonne couverture du territoire. Elle effectue des visites à domicile afin d'évaluer les besoins et le groupe iso ressources (GIR) des personnes âgées, puis de les orienter vers les structures qui offrent les prestations appropriées, ainsi que vers le Conseil général en vue d'une évaluation par une équipe médico-sociale, s'il s'avère qu'elles peuvent prétendre à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Indépendamment du « girage », la MSA informe ses assurés sur les aides qui peuvent leur être proposées pour faciliter le maintien à domicile.

2.2.2 *La nécessaire coordination entre les acteurs des domaines sanitaire et social*

L'intégration entre l'action sociale et les soins n'est pas toujours facile entre la gestion des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et la gestion de l'aide à domicile. Les personnes âgées connaissent des difficultés lors de la sortie des établissements hospitaliers (sortie des urgences et sortie d'hospitalisation), c'est pourquoi le parcours entre le secteur social et le secteur médical nécessite d'être coordonné.

¹⁰ Dans le Val-de-Marne, le CLIC 4 a établi 683 fiches de contact en 2005, contre 355 en 2004. De même, dans le département du Nord, le CLIC de Lille a enregistré 325 signalements en 2005, contre 282 en 2002 et plus de 400 en novembre 2006.

Le développement conjoint des CLIC et des réseaux gérontologiques devrait permettre d'améliorer la coordination entre les domaines sanitaire et social.

Si dans les grandes agglomérations (Lille), la coordination entre les services sociaux et les professionnels de santé peut être réalisée par les CCAS, ce sont en général les CLIC qui sont les plus à même de s'impliquer dans la coordination entre les acteurs des secteurs sanitaire et social, notamment par la création de réseaux gérontologiques avec les professionnels de santé. Il convient de préciser que dans le Rhône ce sont les MDR qui assurent ce rôle indispensable de coordinateur gérontologique.

Les réseaux gérontologiques regroupent des médecins généralistes et peuvent intégrer, en partenariat avec un établissement hospitalier, une équipe mobile gériatrique (CLIC EOLIS à Phalempin dans le Nord). Cette mobilisation des professionnels de santé doit permettre de réduire le recours systématique aux services d'urgence et d'améliorer les conditions du retour à domicile après une hospitalisation, notamment en liaison avec la CRAM qui peut mettre en place une prestation d'accompagnement de la sortie d'hospitalisation (prestation ARDH). Il s'agit ainsi d'organiser un partenariat avec toutes les composantes de l'offre sanitaire et médico-sociale. Dans cette perspective, la composition des instances dirigeantes du CLIC peut faciliter la dynamique locale, notamment si elles rassemblent des élus des cantons, des médecins traitants, des usagers, des chefs d'établissements et services, des représentants d'associations.

Dans le Lot-et-Garonne, dans la zone Marmande - Tonneins, le réseau gérontologique ALIENOR a été initié par la MSA. Il associe 90% des professionnels de santé, l'hôpital, les maisons de retraite, les maires, la CPAM, les SSIAD et les organismes d'aide à domicile. Ce réseau, financé par l'union régionale des caisses d'assurances maladie (URCAM), souhaite se développer en CLIC. Il a 3 objectifs : retarder le placement en institution, améliorer la qualité des soins et la qualité de vie des personnes âgées à domicile, diminuer le coût des soins ambulatoires et la durée moyenne des hospitalisations. Après un bilan gériatrique initial établi par le gériatre de l'hôpital, le médecin traitant assure une coordination des professionnels des secteurs sanitaire et social. L'âge moyen des 112 personnes âgées présentes dans le réseau est de 90 ans et demi.

2.3 L'aide à domicile

Les prestations d'aide à domicile sont mises en œuvre dans le cadre de différents dispositifs et financées par de nombreux partenaires (Etat, Conseil général, CRAM, autres caisses de sécurité sociale, mutuelles, assurances), même si le poids de l'APA et des CRAM est prédominant¹¹.

¹¹ Une étude réalisée par la CRAM Nord – Picardie dans l'ensemble des services d'aide à domicile (SAD) avec lesquels elle est liée par une convention montre que sur les cinq départements de sa circonscription, 17 % des bénéficiaires de SAD bénéficient de l'aide de la CRAM (24 % dans le Nord), 35 % sont des allocataires de l'APA (30 % dans le Nord) et 48 % bénéficient d'autres régimes financeurs ou d'aucune prise en charge (44 % dans le Nord).

2.3.1 L'évaluation médico-sociale

Des acteurs et des dispositifs différents selon le degré d'autonomie de la personne âgée

L'évaluation médico-sociale réalisée à domicile doit permettre de classer la personne âgée dans un GIR et d'élaborer le plan d'aide qui lui sera proposé par le Conseil général pour les bénéficiaires de l'APA (GIR 1 à 4), ou par la caisse de sécurité sociale pour les GIR 5 et 6. La mise en œuvre de cette évaluation est différente selon les départements.

Cette répartition en fonction du degré d'autonomie implique, lorsque aucune convention n'en dispose autrement, que chaque acteur (les Conseils généraux et les caisses de sécurité sociale) doit disposer de sa propre équipe médico-sociale et qu'une nouvelle évaluation devra être réalisée par le bon interlocuteur, s'il s'avère, après le classement dans un GIR, que la personne âgée ne doit pas être prise en charge par l'organisme qui a réalisé l'évaluation initiale.

Vers un développement des conventions pour rationaliser le dispositif d'évaluation médico-sociale

Afin de rationaliser le travail des équipes médico-sociales et de simplifier le parcours des personnes âgées, les caisses de sécurité sociale sont amenées à passer des conventions avec les Conseils généraux.

Dans le département du Nord, des conventions entre le Conseil général et les caisses (CRAM et MSA) permettent la mise en place d'un dispositif unique d'évaluations conjointes, réalisées par des équipes mixtes, quel que soit le GIR dont relève la personne âgée.

Dans le Val-de-Marne et le Lot-et-Garonne, à défaut d'une équipe unique, le Conseil général et la CRAM¹² reconnaissent mutuellement la validité de l'évaluation réalisée par l'autre acteur. Cependant, en Ile de France, la CNAV ne souhaite pas aller jusqu'à reconnaître un plan d'aide qui serait établi par le Conseil général.

Dans le Rhône, le département et la CRAM réfléchissent à des formes de reconnaissance mutuelle.

2.3.2 L'élaboration du plan d'aide à domicile

Le plan d'aide à domicile dans le cadre de l'APA

L'évaluation médico-sociale donne lieu à l'établissement d'un plan d'aide à domicile qui est proposé à la personne âgée. L'APA sert à couvrir les dépenses figurant au plan d'aide mais une participation financière, dont le montant varie en fonction des revenus du bénéficiaire, est laissée à la charge de ce dernier, ce qui peut inciter les personnes âgées à refuser le plan d'aide lorsque le reste à charge est trop élevé (les systèmes d'information ne semblent pas permettre partout d'évaluer le nombre de refus et surtout leurs motivations). On peut s'interroger quant à l'impact du reste à charge sur l'acceptation des plans d'aide.

¹² En Ile-de-France, la CNAV joue le rôle de la CRAM.

Au 31 mars 2006, pour la France entière, en moyenne, la somme restant à la charge du bénéficiaire de l'APA à domicile s'élève à 76 euros par mois (tableau 1). Il s'agit bien sûr d'une moyenne qui agrège les personnes n'acquittant aucune participation et celles en acquittant une.

Tableau 1 : Financement du Conseil général et participation des bénéficiaires dans le plan d'aide APA à domicile (31 mars 2006)

	Montant à la charge des Conseils généraux	Participation financière à la charge des bénéficiaires
GIR 1	774 €	151 €
GIR 2	602 €	125 €
GIR 3	464 €	88 €
GIR 4	292 €	51 €
moyenne	403 €	76 €

Source : DREES juillet 2006

Une enquête réalisée en 2003 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluations et des statistiques (DREES) montre, notamment, que 86 % des bénéficiaires de l'APA ont recours à une aide à domicile (aide ménagère, auxiliaire de vie sociale) et 47 % à un service de soins infirmiers. Les différents acteurs rencontrés n'ont pas toujours été en mesure de remettre à la mission les éléments quantitatifs et qualitatifs nécessaires pour dresser une cartographie précise des différents types d'aides accordés dans les départements étudiés. Toutefois, dans le Lot-et-Garonne, l'examen des plans d'aide montre (tableau 2) le nombre de bénéficiaires par type d'aide.

Tableau 2 : Le contenu des plans d'aide APA dans le Lot-et-Garonne

Type d'aide	Nombre de bénéficiaires
Aide domicile	4409
familles d'accueil forfait MARPA	156
portage de repas	279
frais d'hygiène	658
télésecurité	577
hébergement temporaire et accueil de jour	489

Champ : bénéficiaires de l'APA à domicile au 30/11/2006.

Lecture : Une même personne peut avoir plusieurs types d'aides.

Source : Données Conseil général, retraitement IGAS

Dans les quatre départements visités par la mission, en l'absence d'étude, il est difficile d'évaluer l'adéquation des plans d'aide aux besoins de la personne. On peut seulement noter que les associations d'aide à domicile déplorent un nombre d'heures trop faible ainsi que le manque de précision des plans d'aide.

Toutefois, le montant de l'enveloppe APA étant plafonné, l'augmentation du tarif horaire des prestations d'aide à domicile entraîne, si le Conseil général ne souhaite pas prendre à sa charge le dépassement de l'enveloppe, une réduction du nombre d'heures accordées aux bénéficiaires de l'APA, ce qui est le cas dans le département du Nord. Dans d'autres cas, cette évolution a eu pour conséquence le développement de phénomènes de surfacturation aux personnes âgées, pratique consistant à facturer plus d'heures que le nombre réellement effectué.

Dans le Lot-et-Garonne, le tarif horaire de l'aide ménagère à domicile accordé par le Conseil général dans le cadre de l'APA varie entre 8,70 euros en mode gré à gré et 15,30 euros en mode prestataire (figure 3). Ces tarifs sont inférieurs à ceux de la CRAM (16,68 euros les jours ouvrables et 19,35 euros les dimanches et jours fériés). La MSA, quant à elle, paie 14,50 euros de l'heure. Les associations d'aide à domicile estiment ces tarifs insuffisants pour couvrir leurs frais. Pour y remédier, certaines (notamment des mandataires) surfacturent à l'utilisateur. Cette surfacturation qui prend parfois la forme de frais de dossier est de l'ordre de 1 à 1,5 euros, selon le Conseil général. Les associations prestataires peuvent aussi surfacturer des frais de déplacements.

Tableau 3 : Tarifs horaires d'aide à domicile selon le financeur dans le Lot-et-Garonne, en euros

Conseil général (APA)			CRAM		MSA
gré à gré	mandataire	prestataire	jours ouvrables	jours fériés	
8,7	11,59	15,3	16,68	19,35	14,5

Sources : Conseil général, CRAM, MSA

Le plan d'actions personnalisé des caisses

Les personnes âgées relevant d'un GIR 5 ou 6 peuvent bénéficier de prestations des caisses de sécurité sociale. Dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2005-2008, une nouvelle procédure d'évaluation des besoins nommée « évaluation globale » a été définie. Elle repose sur le principe d'une appréciation globale et individualisée de la situation de la personne. Cette démarche d'évaluation débouche sur la définition d'un « plan d'actions personnalisé ».

L'évaluation globale de la situation des personnes relevant des GIR 5 et 6 peut se concrétiser par des préconisations de prise en charge relevant de la branche retraite, proposées par la CRAM. Conformément aux orientations de la CNAV, les CRAM veillent à recentrer leurs efforts sur les retraités socialement les plus fragiles et à diversifier leur action en réduisant le poids de l'aide ménagère qui constituait au plan national près de 83 % de l'aide à domicile accordée par les caisses en 2005, pour le ramener à 71 % en 2007. Ainsi, dans le département du Nord, le nombre d'heures d'aide ménagère qui s'élevait en moyenne à 10h18 en 2004 est passé à 7h36 en 2006.

Il convient de souligner que les plans d'actions personnalisés ne sont pas tous mis en œuvre. En Ile-de-France, la CNAV estime qu'en raison du montant restant à la charge de la personne âgée, de l'avance de frais ou de l'insuffisance de l'offre, seuls 35 % des dossiers aboutissent à une aide effective, mais il est là encore impossible d'évaluer partout la proportion de plans d'aides refusés et d'analyser les raisons de ces refus.

L'action sociale facultative des communes et des CCAS

Le repérage de l'action des communes est difficile dans la mesure où il n'existe aucun recensement exhaustif de leurs interventions.

Certaines communes (Lille) déclarent n'organiser aucune aide spécifique aux personnes âgées en complément des prestations légales, hormis le portage de repas à domicile, et préfèrent orienter leur action vers l'aide sociale en général, permettant notamment aux personnes âgées les plus démunies de bénéficier des aides au logement. D'autres font le choix de proposer, en

régie (Créteil, Marcq en Baroeul) ou par le recours à des prestataires (Lot-et-Garonne), de nombreux services destinés à faciliter le maintien à domicile des personnes âgées (aide à domicile, repas à domicile avec moyens de réchauffage, entretien et réparations à domicile, amélioration de l'habitat, aide au déplacement, téléalarme, service de soins infirmiers à domicile). Les CCAS sont alors amenés à effectuer des visites à domicile pour déterminer les prestations d'action sociale facultative qui peuvent être apportées par la commune.

Dans les communes visitées, lorsqu'ils proposent des services d'aide à domicile en tant que prestataire, les CCAS contribuent au financement de ces services en ne facturant pas l'ensemble des frais supportés pour les prestations assurées¹³.

2.3.3 Les modalités de mise en œuvre et de tarification du plan d'aide à domicile (prestataire public et privé, mandataire, gré à gré)

Les bénéficiaires de l'APA peuvent choisir de recourir à un prestataire¹⁴ ou d'employer, directement¹⁵ ou par l'intermédiaire d'un mandataire¹⁶, une ou plusieurs personnes intervenant à leur domicile¹⁷. Les prestataires peuvent être des CCAS¹⁸, des associations¹⁹ ou plus récemment des entreprises privées. Dans une optique d'allègement des formalités à la charge des bénéficiaires, le contrôle de la mise en œuvre du plan est effectué de manière indirecte, à l'initiative du département²⁰, sans que son effectivité ait pu être vérifiée.

Pour la mise en œuvre des plans d'actions personnalisés accordés par les caisses, celles-ci orientent leurs assurés vers les structures qui offrent les prestations appropriées et incitent parfois les services d'aide à domicile à se regrouper lorsqu'ils sont petits et nombreux (CRAM Nord Picardie).

2.3.4 Le suivi de la mise en œuvre du plan d'aide et de l'évolution des besoins des bénéficiaires

Dans les départements étudiés, la mise en œuvre du plan d'aide à domicile ne fait pour l'instant l'objet d'aucun suivi formalisé par les Conseils généraux rencontrés. Toutefois, le Conseil général du Nord envisage, dans cette perspective, de désigner un référent APA au sein de chaque CLIC. De manière générale, il apparaît que les CLIC, en tant que coordonnateurs, constituent la structure la plus adaptée au suivi de la mise en œuvre des plans d'aide. Certains réalisent déjà un suivi informel de l'évolution des situations des bénéficiaires

¹³ Ainsi, le coût moyen de revient de l'heure d'aide ménagère, estimé à près de 21 € en 2005 par les CCAS de Créteil et de Marcq en Baroeul, était facturé entre 15,11 € et 15,99 € à Créteil et entre 16,95 € et 17,50 € (tarif hors jours fériés) à Marcq en Baroeul.

¹⁴ Organisme assurant directement une prestation de service à domicile en employant lui-même les aidants qui interviennent chez les particuliers.

¹⁵ Dans cette formule de « gré à gré », le particulier exerce seul et directement les fonctions d'employeur.

¹⁶ L'organisme mandataire propose un intervenant à domicile et prend en charge les formalités administratives, mais le bénéficiaire reste l'employeur de l'aidant.

¹⁷ Le mode prestataire semble le plus répandu. Dans le Lot-et-Garonne par exemple, il concerne quatre bénéficiaires sur 5.

¹⁸ Certains CCAS assurent directement le rôle de prestataire, pour la mise en œuvre de plans d'aide, comme c'est notamment le cas dans le Val-de-Marne où près d'une trentaine de communes sont des prestataires de service.

¹⁹ Dans le Lot-et-Garonne, les associations sont regroupées au sein de deux fédérations qui assurent un maillage assez dense du département.

²⁰ Article L. 232-7 du code de l'action sociale et des familles.

de l'APA par des contacts téléphoniques trimestriels (Lille, Phalempin). La désignation d'un référent APA au sein des CLIC leur permettrait d'être tenus informés des suites données par le Conseil général aux demandes d'APA, ce qui n'est pas toujours le cas actuellement (Val-de-Marne).

A la différence des trois autres départements visités, dans le Rhône, une démarche est en cours pour s'assurer de l'effectivité de la prestation, en réexaminant tous les 6 mois le contenu et l'effectivité du plan d'aide.

2.3.5 La qualité des prestations

Le libre choix du prestataire

Le bénéficiaire de l'APA peut faire appel à des services proposés par des organismes spécialisés ; il peut s'agir du CCAS de sa commune, d'une association agréée par l'Etat au titre des emplois familiaux ou d'une entreprise agréée. Ces organismes peuvent être rémunérés au moyen d'un titre emploi service.

Bien que le bénéficiaire de l'APA soit libre d'employer directement la personne qui intervient à son domicile, les acteurs sociaux tiennent à souligner l'absence de garantie qui caractérise le contrat de gré à gré (formation du personnel, continuité du service), peu recommandé dès lors que le degré de dépendance du bénéficiaire est important et qu'il nécessite une surveillance régulière. Aucune disposition n'incite les bénéficiaires à exprimer un minimum d'exigences en terme de qualité de service.

Aucune autorisation du Conseil général n'est nécessaire pour proposer des services aux personnes âgées. Cela étant, les Conseils généraux (Val-de-Marne, Nord) souhaitent développer, pour aider au choix d'un prestataire, un système facultatif d'autorisation qui garantirait le respect d'un cahier des charges défini par le département.

La continuité de service est parfois difficile à assurer

Le recours à un prestataire doit permettre de garantir la continuité du service. Toutefois, certains CCAS n'assurent pas toujours les prestations à domicile en dehors des jours et heures ouvrables (Créteil), ou éprouvent des difficultés à trouver des salariés acceptant de travailler le soir et en fin de semaine (Marcq en Baroeul).

La formation du personnel est indissociable de la qualité de service

Dans le Lot-et-Garonne, le regroupement des associations au sein de deux fédérations permet d'améliorer le niveau global de qualification du personnel²¹, en facilitant l'organisation d'actions de formation communes.

La CRAM (Nord Picardie) à engagé des démarches qualité qui consistent à informer ou à former les personnes qui interviennent à domicile dans le cadre des plans d'aide personnalisés. De même, la MSA organise des formations pour améliorer la professionnalisation des aides ménagères et leur permettre de prendre en compte la spécificité des relations avec les personnes âgées et les personnes en fin de vie.

²¹ 46 % de personnel diplômé, contre 20 % au plan national, selon le président d'une des fédérations.

Par ailleurs, des initiatives visant à organiser un soutien psychologique (supervision, groupe de parole) au profit des professionnels qui interviennent auprès des personnes âgées sont parfois mises en place localement²².

Les difficultés de mise en œuvre des soins infirmiers à domicile

Dans plusieurs départements visités, et plus particulièrement dans le département du Nord, les acteurs sociaux ont indiqué à la mission que les personnes âgées dépendantes éprouvent des difficultés pour faire réaliser par les SSIAD les soins d'hygiène corporelle présentant une dimension thérapeutique, qui ne semblent pas intéresser les infirmiers libéraux (peut être en raison du faible montant de leur prise en charge et d'une offre de SSIAD insuffisante). Les personnes âgées peuvent ainsi être contraintes de s'adresser aux services d'aide à domicile, moins qualifiés et dont les prestations ne rentrent pas toujours dans le plan d'aide.

La situation est différente dans le Lot-et-Garonne où les infirmiers libéraux semblent être en mesure d'assurer dans la plupart des cas les demandes de soins d'hygiène corporelle.

2.4 L'évolution de l'hébergement et les initiatives visant à décloisonner les réponses aux besoins des personnes âgées

Il ressort des entretiens réalisés par la mission que les actions en faveur des personnes âgées méritent d'être envisagées de manière globale, qu'il s'agisse du maintien de l'autonomie ou des réponses apportées aux différents degrés de dépendance. Dans les délais qui lui étaient impartis, la mission n'a pas procédé à une évaluation de la mise en œuvre de la réforme de tarification. La mission n'a pas non plus essayé d'apprécier les conséquences des conventions sur la qualité de service rendu en institution. Elle a noté toutefois que différents départements ont entrepris des actions de lutte contre la maltraitance dans les établissements, notamment à travers le dispositif ALMA et des contrôles conjoints entre l'Etat et le Conseil général²³.

2.4.1 L'hébergement

Si certaines collectivités territoriales rencontrées font état d'un déficit important en places d'hébergement, aucune évaluation quantitative des besoins non satisfaits n'a été présentée à la mission. Aucun système de décompte précis des listes d'attente, évitant notamment les demandes redondantes, ne permet aujourd'hui d'identifier les besoins en capacité d'hébergement.

Le Conseil général du Nord estime qu'en raison d'une participation financière insuffisante de l'Etat, il n'a pas été possible de tenir les engagements du précédent schéma gérontologique départemental (schéma 2002 – 2006) ; faute de financement suffisant, plusieurs projets²⁴ de création d'établissement ont fait l'objet d'un arrêté de refus d'autorisation établi conjointement avec le préfet et sont placés en attente.

²² DRASS Ile-de-France au profit du personnel des CLIC et CCAS de Marcq en Baroeul au profit des personnes chargées de l'aide à domicile.

²³ Dans le Rhône, une vingtaine de contrôles a lieu chaque année.

²⁴ 138 places de créations d'EHPAD ou d'extension ont fait l'objet de refus faute de financement.

Le développement de prestations facilitant le maintien à domicile permet de retarder l'entrée en établissement. Les demandes d'entrée en établissement concernent principalement des personnes âgées de plus de 80 ans et se manifestent souvent dans des situations d'urgence. En Val-de-Marne, il a été mentionné que les pensionnaires les plus jeunes sont principalement hébergés en raison de troubles du comportement, de difficultés sociales ou de maladies graves.

2.4.2 Favoriser l'activité pour retarder l'arrivée de situations de dépendance

Le maintien de l'autonomie se prépare dès l'âge de la retraite. La réalisation d'un bilan de compétences²⁵ peut être l'occasion de redéfinir un projet de vie et d'orienter les retraités vers des associations locales. Les communes ont un rôle essentiel à assurer pour favoriser le maintien d'une vie sociale par le soutien qu'elles apportent aux associations sportives et culturelles de proximité et par l'organisation de services de transport adaptés aux personnes âgées.

2.4.3 Développer les actions de prévention

Les CRAM et la MSA sont très actives en matière d'actions de prévention dans le but de retarder l'arrivée des situations de dépendance. Elles apportent leur soutien, parfois en partenariat avec le groupement régional de santé publique (GRSP) et les collectivités territoriales (en Nord-Pas de Calais et Picardie), à des actions visant à stimuler l'utilisation de la mémoire, à éviter les chutes, à prévenir les troubles sensoriels, à développer l'éducation nutritionnelle et à favoriser le bon usage des médicaments.

2.4.4 Des formules locatives adaptées au maintien à domicile des personnes âgées

Quelle que soit la terminologie²⁶ adoptée pour les formules présentées à la mission, les collectivités territoriales et la MSA considèrent que le maintien à domicile est favorisé par l'existence de petites unités immobilières (10 à 20 logements adaptés aux personnes âgées) de plain-pied, situées à proximité des commerces et des services publics et disposant d'espaces de vie collective.

2.4.5 L'émergence d'une offre multiservices

Les acteurs rencontrés estiment qu'il est nécessaire de décloisonner les différentes catégories d'actions menées en faveur des personnes âgées.

Il s'agit principalement de favoriser l'ouverture des établissements d'hébergement vers l'« extérieur » par l'exercice de prestations diversifiées :

- services d'aide à domicile, et notamment de soins infirmiers à domicile ;
- activité d'accueil temporaire, pour contribuer à limiter le recours à l'hospitalisation ;

²⁵ Vivement conseillé par le directeur du CLIC EOLIS à Phalempin (59)

²⁶ Béguinage (formule développée dans le Nord), maison d'accueil rural pour personnes âgées (MARPA développée par la MSA).

- une activité d'accueil de jour, en assurant le transport entre le domicile et l'établissement²⁷.

La diversification des prestations apportées par les établissements d'hébergement peut aussi se traduire par l'accueil de pensionnaires se trouvant dans différentes situations de dépendance, afin d'éviter d'imposer aux personnes âgées de changer d'établissement au fur et à mesure que la perte d'autonomie s'accroît. Cette diversité de situations implique que l'établissement soit organisé en petites unités homogènes par degré de dépendance (Fondation Favier, à Brie-sur-Marne, dans le Val-de-Marne, 250 lits).

D'une toute autre manière, mais dans le même esprit, une association de services d'aide à domicile peut être amenée à gérer un établissement d'accueil de jour et d'hébergement temporaire (Lot-et-Garonne).

Ces démarches sont intéressantes, tant sur le plan de l'efficacité que de la qualité de service, et peuvent être mises en œuvre, notamment, par le regroupement d'établissements et la mutualisation des fonctions support.

²⁷ Particulièrement utile pour la prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles de type Alzheimer et pour soulager leurs aidants.

3 - L'ACTION SOCIALE EN DIRECTION DES PERSONNES HANDICAPEES

Dans le nouveau cadre législatif et réglementaire évoqué dans la première partie, le département ne s'est pas vu reconnaître de manière explicite un rôle de chef de file en ce qui concerne l'action sociale en direction des personnes handicapées. Mais les dispositions de la loi du 11 février 2005 renforcent nettement ses capacités d'action, notamment en lui donnant la tutelle administrative et financière du groupement d'intérêt public (GIP) Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et en lui confiant la mise en œuvre de la prestation de compensation du handicap (PCH). Le nouveau système est donc, a priori, porteur de simplification, de qualité de service et d'équité pour les personnes et doit être un facteur d'amélioration de la performance des collectivités publiques.

Il est important de souligner qu'à la fin de l'année 2006, la mise en place des nouveaux dispositifs était encore loin d'être achevée dans les quatre départements étudiés et cela rendait très délicate l'appréciation de leurs forces et faiblesses.

3.1 La création des MDPH

3.1.1 Un accès unifié aux droits et prestations prévus pour les personnes handicapées

Les MDPH, créées en application de la loi du 11 février 2005, regroupent, sous la tutelle administrative et financière du département, des représentants de l'Etat, de la sécurité sociale et des départements. Les MDPH ont vocation à offrir aux personnes handicapées, dans chaque département, un accès unifié permettant d'obtenir l'information adaptée à leur situation, une évaluation de leurs besoins et une orientation sur les dispositifs les plus adéquats. Elles ont notamment la charge de :

- l'accueil et l'information ;
- l'évaluation par une équipe pluridisciplinaire de l'incapacité permanente et l'appréciation des besoins de compensation sur la base du projet de vie de la personne handicapée ;
- la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ;
- l'orientation scolaire, professionnelle et sociale ;
- l'attribution de la carte d'invalidité, des allocations (AAH et complément, allocation d'éducation de l'enfant handicapé [ex AES] et PCH) ;
- la désignation des services et établissements appropriés.

Les décisions sont prises par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) dont les décisions s'imposent aux établissements d'accueil lorsqu'il s'agit de placement (dans la mesure où ils disposent de places disponibles), aux organismes financiers et aux intéressés.

La MDPH crée une coordination structurée entre les acteurs. Elle se veut porteuse d'une approche globale et cohérente des besoins des personnes et d'une capacité à définir des plans d'aide adaptés.

3.1.2 Un engagement fort des Conseils généraux

Dans les quatre départements étudiés, la mise en place effective de la MDPH s'est effectuée dans le courant de l'année 2006. Elle n'a été rendue possible que par un fort engagement des Conseils généraux et le soutien financier apporté par la CNSA. Les Conseils généraux des départements étudiés (sauf celui du Nord) ont choisi d'intégrer fortement les services de la MDPH et ceux du Conseil général en charge de l'action en direction des personnes âgées et des personnes handicapées. Ainsi, par exemple, dans les départements du Lot-et-Garonne et du Rhône, la fonction de directeur de la MDPH est assurée par le responsable du pôle personnes âgées et personnes handicapées dans les services du Conseil général. Dans trois départements sur quatre, les effectifs initialement mis à disposition du GIP MDPH sont apparus comme insuffisants pour permettre un fonctionnement efficace de la MDPH, à la fois pour ce qui concerne les missions assurées antérieurement par les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et les commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES) mais aussi sur les nouvelles attributions (et notamment la PCH).

Les responsables des MDPH ont renforcé les moyens, en mobilisant les services support du Conseil général et, dans trois cas sur quatre, en procédant à des recrutements importants en utilisant pour cela les crédits apportés par la CNSA ou même l'Etat au niveau local (emploi de vacataires). Par exemple, fin novembre 2006, les effectifs de la MDPH du Rhône s'élevaient à 209,01 équivalents temps plein (ETP). Aux 55,26 ETP mis à disposition par l'Etat s'ajoutaient 137,25 employés dans les services du département du Rhône qui ont été rejoints par 16,5 employés recrutés en 2006 par le Conseil général pour renforcer la MDPH. Ces recrutements ont été permis par le soutien financier apporté par la CNSA. Mais la continuité de ce soutien n'est pas assurée dans une perspective pluriannuelle.

Dans les départements visités, la mission a constaté que les MDPH ont été confrontées à des difficultés de deux ordres :

- les modalités de mise à disposition du personnel de l'Etat (par exemple dans le département du Rhône) se sont révélées particulièrement mal adaptées et ont créé une certaine instabilité des équipes ;
- les outils de gestion, et notamment les systèmes d'information qui existaient antérieurement à la création de la MDPH, ne prennent pas en compte les nouvelles prestations et ne peuvent être adaptés compte tenu de l'ancienneté des applications.

3.1.3 Une organisation encore perfectible

Dans les départements étudiés, en dépit de la très forte mobilisation des départements, le fonctionnement des MDPH est encore loin d'avoir atteint sa vitesse de croisière.

L'organisation territoriale de la MDPH n'est pas encore finalisée. Dans le département du Nord, la MDPH ne dispose d'aucune antenne. S'il n'est pas envisagé de développer un réseau propre à la MDPH, il pourrait être intéressant d'utiliser le réseau des CLIC pour le dépôt des dossiers, ce qui permettrait, avec un réseau identifié, de disposer de personnel d'accueil formé à la constitution des dossiers et de labelliser ces organismes. Le principal point d'entrée est actuellement constitué par les associations, très présentes dans le domaine du handicap, et par les CCAS. Dans le Rhône, à l'inverse, ce sont les structures territoriales du Conseil général, les maisons du Rhône (MDR) qui assurent la représentation territoriale de la MDPH et qui

assurent l'accueil et l'information, le dépôt du dossier, l'instruction, l'évaluation pour la PCH et l'accompagnement des bénéficiaires.

Par ailleurs, les conditions de gestion doivent être améliorées. La gestion des MDPH est rendue très délicate par la multiplicité des statuts des personnels. La disparité des statuts, des régimes indemnitaires et des perspectives de carrière de ses personnels constitue une source d'inquiétude pour le personnel de la MDPH. Les maisons départementales souffrent aussi de la faiblesse des outils de gestion. Certaines MDPH se sont engagées dans des actions lourdes de modernisation : par exemple, la MDPH du Rhône a élaboré un programme de travail sur trois ans qui doit permettre la modernisation ou la réalisation de nouveaux outils de gestion.

Mais c'est aussi sur la question du partenariat que des progrès importants restent encore à accomplir. En effet, la MDPH, un guichet unique en cours de constitution, est plutôt encore une juxtaposition de dispositifs. Ainsi, dans les départements étudiés par la mission, il restait beaucoup à faire pour organiser les procédures de travail et les échanges d'information entre la MDPH et les CAF pour la gestion de l'AAH.

Les progrès dans la performance des MDPH vont largement dépendre de la capacité de la CNSA à soutenir le développement des bonnes pratiques, à mettre en place un véritable suivi de la performance et d'abord à soutenir le développement de nouveaux systèmes d'information homogènes. Des conventions devraient être passées directement entre la CNSA et chaque département au cours du premier semestre 2007.

3.2 La lente montée en régime de la PCH

Les MDPH rencontrées dans le cadre de cette enquête se sont efforcées de mettre en œuvre très rapidement leurs attributions. Autant la montée en régime semble avoir été relativement rapide pour ce qui concerne les nouvelles dispositions concernant la scolarisation des enfants handicapés, autant elle a semblé plus lente pour la PCH.

La PCH est attribuée par les CDAPH, constituées dans chaque département par fusion des COTOREP, des CDES et des SVA qui sont intégrés dans les MDPH, et elle est versée par les Conseils généraux²⁸. La PCH doit constituer, à terme, un progrès dans la qualité de l'accompagnement à travers une appréhension globale des besoins d'une personne permettant d'effectuer une évaluation médico-sociale approfondie et, sur cette base, de construire un plan d'aide articulant de manière adaptée l'ensemble des prestations apportées. Il s'agit donc de transposer les méthodes et outils mis au point pour les personnes âgées dans le cadre de la PSD, puis de l'APA.

Dans tous les départements étudiés par la mission, la montée en régime de la PCH est lente. Ainsi dans le Nord, 450 évaluations de PCH ont été réalisées fin novembre 2006, dont 130 concernent des personnes très lourdement handicapées, traitées prioritairement. Ce chiffre est à comparer aux 3 000 demandes de PCH déposées à la même date, soit environ 350 par mois. La PCH ne parvient pas à supplanter totalement l'ACTP : dans le département du Nord il y a

²⁸ Dans un premier temps, la PCH ne concerne que les personnes handicapées de 20 à 60 ans même si la loi prévoit la suppression des barrières d'âge dans un délai de trois à cinq ans. Ainsi l'article 13 de la loi prévoit l'extension de la PCH aux enfants de moins de 20 ans avant le 11 février 2008. En attendant, la compensation du handicap continue de relever de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) (ancienne allocation d'éducation spécialisée AES rebaptisée au 01.01.2006).

actuellement 5 000 bénéficiaires de l'ACTP, pour un rythme de renouvellement de 1000 par an. En effet, une part des bénéficiaires de l'ACTP pouvant accéder à la PCH choisissent de conserver leur ancienne prestation. Il n'est pour l'instant pas possible d'évaluer l'ampleur de ces refus.

Les raisons de la lenteur dans la mise en œuvre de la PCH sont probablement multiples :

- l'accès à l'information est malaisé, certaines MDPH souffrent d'un manque de relais locaux, or le dossier de demande est extrêmement complexe et très souvent les demandeurs doivent être aidés pour le remplir ; l'utilisation du réseau des CLIC envisagé dans le Nord pourrait permettre d'améliorer le dispositif actuel ;
- l'ACTP exerce un effet d'éviction ; elle est préférée à la PCH car l'attribution de l'ACTP ne donnait lieu à aucune visite à domicile, contrairement à la PCH, et il n'y avait pas de contrôle de l'effectivité de l'aide à domicile ; les passages de l'ACTP vers la PCH sont parfois motivés par le besoin d'aide technique, de travaux d'adaptation ;
- enfin, et surtout, selon certains interlocuteurs, le reste à charge pourrait être très élevé, particulièrement lorsqu'il s'agit des situations les plus difficiles pour lesquelles est mobilisé un haut volume d'aide ; cette affirmation ne pourra être vérifiée que sur la base d'évaluations approfondies, après mise en œuvre complète du dispositif.

Une politique ambitieuse, même financée, peut être lourde à mettre en place et lente à produire des effets. Ainsi, l'extension de l'évaluation globale à l'ensemble des demandes des personnes handicapées se traduira par un allongement des délais dans l'attribution des PCH, ce qui ne serait pas le cas si seules les demandes de PCH faisaient l'objet d'un tel examen. Le caractère de transition de la période ne permet pas encore une appréciation sûre.

3.3 La mise en place du fonds départemental de compensation du handicap

La mise en place du fonds de compensation du handicap reste difficile à évaluer.

En 2006, dans les départements étudiés, la mise en œuvre au sein de la MDPH du fonds départemental de compensation du handicap s'est généralement inscrite dans la continuité du dispositif pour la vie autonome, généralisé entre 2000 et 2003. Ce fonds est chargé d'accorder des aides financières destinées à permettre aux personnes handicapées de faire face aux frais de compensation restant à leur charge, après que les intéressés ont fait valoir leurs droits. Les frais de compensation restant à la charge des bénéficiaires de la PCH ne doivent pas excéder 10 % de leurs ressources nettes d'impôt.

Si les Conseils généraux et les services de l'Etat rencontrés sont favorables à la mise en place d'une caisse pivot, les CPAM semblent pour l'instant réticentes à participer à une telle démarche, sans que cela ne remette en cause son implication dans le financement de la compensation du handicap. C'est en partie lié au retard dans la mise au point de la convention qui doit être passée au niveau national entre la CNAMTS et la CNSA.

Dans les départements visités, en 2006, la participation et les critères de financement des différents contributeurs restent identiques à ceux qui prévalaient dans le cadre du dispositif antérieur (SVA) et il est trop tôt pour mesurer la capacité du fonds de compensation à remplir la mission qui lui a été assignée.

Pour l'avenir, de fortes incertitudes subsistent sur les financeurs, les montants et les conditions de mise en commun de ces montants.

4. REFLEXIONS SUR L'EVOLUTION DE L'ACTION SOCIALE EN FAVEUR DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES

La mission n'a pas pu approfondir tous les éléments de réflexions résultant de ses investigations; ces dernières n'ont été conduites, en un temps limité, que dans quatre départements; elle n'a pu confronter que très partiellement ses observations aux réactions des acteurs locaux et nationaux; les insuffisances des systèmes d'information empêchent d'objectiver véritablement certains constats. Cependant, la convergence de certains diagnostics, comme l'importance des enjeux, poussent à présenter ici quelques pistes de réflexion et d'action.

S'agissant des personnes handicapées, le recul est, bien sûr, trop faible pour des jugements tranchés, mais il est déjà utile d'appeler l'attention sur quelques facteurs de succès. Pour les personnes âgées, les constats sont plus riches en enseignements. Enfin, la question du pilotage global de l'action publique en ces domaines appelle un traitement approfondi car c'est un levier essentiel pour faire progresser la qualité du service.

4.1 L'action sociale en direction des personnes âgées

La création de la PSD puis celle de l'APA ont profondément renouvelé les conceptions qui fondent l'action sociale en direction des personnes âgées. Elles ont conduit à développer une prise en charge de la personne dans sa globalité et donc à développer des plans d'aides personnalisés traduisant des projets de vie dans la réalisation desquels s'engagent les acteurs mais aussi les personnes bénéficiaires. La mise en place de l'APA s'est aussi traduite par un très important renforcement des moyens financiers consacrés par les collectivités publiques au maintien à domicile. La mission a constaté ces progrès mais aussi leurs limites :

- La mise en œuvre d'une approche globale de la personne est rendue difficile par la multiplicité des intervenants et les cloisonnements entre acteurs.
- L'absence d'organisation du suivi des plans d'aides ne permet pas de répondre à l'évolution des besoins des personnes (qui peut être beaucoup plus rapide que pour les personnes handicapées).
- Les prestations servies à domicile et en institutions mériteraient d'être décroisées.
- Le reste à charge payé par la personne est souvent élevé et conduit les personnes à refuser les plans d'aides.

La mission a également constaté que les CLIC (et les réseaux sanitaires gérontologiques) ne couvraient pas tous les territoires et que leurs pratiques pouvaient être très différentes (pas seulement en fonction des anciennes labellisations 1, 2 ou 3) notamment en terme de qualité et d'effectivité des partenariats. Au bout du compte, les conditions d'information et d'orientation des personnes semblent très différentes d'un territoire à l'autre.

4.1.1 L'accès aux prestations et la coordination de l'accompagnement social

La multiplicité des points d'information et d'entrée dans les dispositifs est souhaitable, mais il faut garantir l'approche globale de la personne. Le terme " guichet unique", souvent employé à propos des MDPH, ne doit pas conduire à des confusions. Une structure unique de coordination au niveau départemental pour les personnes âgées qui interviendrait en aval de ces multiples points et faciliterait la lisibilité des aides et leur adaptation aux profils des personnes et à leur évolution ne doit pas oblitérer la nécessité de points d'entrée proches des usagers.

La mission préconise d'approfondir les pistes suivantes :

- A côté des CCAS, des services départementaux déconcentrés, des réseaux gérontologiques et en liens étroits avec ces structures, la généralisation à tout le territoire de CLIC (ou équivalents) apparaît nécessaire à la mission, dans le respect des particularités des territoires et des personnes responsables. Aux fonctions d'informations sur l'accès aux établissements et services (places disponibles, rapport qualité prix des prestations), de coordination des acteurs locaux, il faut ajouter la dimension essentielle des relations avec les acteurs du secteur sanitaire.
- Dans chaque département, la mise en place d'une maison des personnes âgées, qui pourrait prendre la forme d'un GIP, assurerait la constitution d'un réseau. Ce serait le point de passage obligé pour la mise en place de toutes les aides. Elle pourrait, sur le modèle de la MDPH, associer les représentants locaux des différents acteurs (département, CCAS, organismes de sécurité sociale...) et fonctionner avec les personnels apportés par ces partenaires.
- Un référent unique pour chaque personne aidée et un contrat rassemblant les engagements de l'ensemble des prestataires permettraient d'assurer la cohérence (y compris pour les SSIAD) de ces interventions et probablement aussi leur qualité.
- Un dossier unique, alimenté notamment par les caisses qui y sont astreintes par le PLFSS 2007, pourrait retracer l'ensemble des aides pour chaque bénéficiaire.
- Une structure départementale d'information, comportant un site internet, faciliterait aussi la fonction d'information des structures locales.

4.1.2 Des prestations de qualité adaptées aux besoins

La réforme de la tarification des EHPAD arrivant à son terme, il est sans doute d'abord opportun d'évaluer ces conventions de première génération afin de déterminer, sur la base d'un diagnostic partagé par l'Etat, les départements et les caisses, les objectifs et les moyens à mettre en œuvre à l'occasion de leur renouvellement.

Il convient également de veiller à l'adaptation de l'offre de logements pour les personnes âgées (et les personnes handicapées) et donc la cohérence entre les politiques d'accompagnement social et la politique du logement (et notamment ce qui est fait par les organismes HLM).

A domicile, le développement de la qualité passe principalement par la diversification des actions et prestations, par l'accompagnement des aidants familiaux et par la professionnalisation des intervenants :

- Les actions de prévention sanitaire et sociale pour retarder au maximum la dépendance, y compris le soutien psychologique, sont à systématiser.
- Pour encourager la formation et la professionnalisation, une réforme de la tarification organisant un niveau de financement de modernisation en sus du financement de l'activité est à étudier.
- L'organisation de procédures de sortie d'hôpital (et pour éviter les hospitalisations) passe sans doute par des conventions obligatoires entre établissements de santé, caisses et CLIC.
- L'opportunité des incitations financières permettant de développer les accueils de jour, les accueils temporaires et aussi la création de petits établissements de type MARPA et le développement de plates-formes de services à partir des EHPAD. Doit être étudiée. Il s'agit de disposer d'un véritable continuum de réponses entre le maintien à domicile et l'hébergement en institution.
- Enfin le plafonnement du reste à charge pour les bas revenus devrait réduire la proportion des refus de plans d'aide.

4.2 L'action sociale en direction des personnes handicapées.

Fin 2006, la mise en place des nouveaux dispositifs était encore loin d'être achevée dans les quatre départements étudiés et cela rendait très délicate l'appréciation de leurs forces et faiblesses. Cependant il faut noter la nécessité d'apporter une réponse à la question des financements qui porte plus sur l'assurance de leur pérennité que sur leur montant. De façon plus spécifique, plusieurs mesures peuvent être envisagées pour favoriser la réussite des nouveaux dispositifs.

4.2.1 La MDPH

Quatre séries de mesures semblent susceptibles de conforter leur fonctionnement et leur permettre d'assurer pleinement leur rôle :

- Mettre en place les conditions d'une gestion efficace des ressources humaines pour éviter notamment les difficultés parfois soulevées concernant la diversité des rémunérations pour une même fonction selon l'origine du salarié et pour stabiliser des recrutements de qualité.
- Mettre en place un système d'information homogène et répondant aux besoins du pilotage local, aux exigences de la programmation régionale, à la nécessité d'informations partagées pour l'exercice des responsabilités nationales.
- Assurer la qualité de l'information et de l'aide apportées aux personnes handicapées et à leurs familles, en amont du dépôt des demandes d'orientation et d'aides. Et, pour ce faire, envisager l'utilisation d'un réseau de type CLIC.
- Assurer une présence active de l'Etat dans les instances de la MDPH, mais aussi dans le comité départemental consultatif des personnes handicapées (le Préfet en assure la présidence conjointement avec le Président du Conseil général), à la hauteur de ses

responsabilités (intégration scolaire, emploi, liens avec le secteur sanitaire, notamment psychiatrique, priorités de l'Etat).

4.2.2 La montée en régime de la prestation de compensation du handicap

Si tous les acteurs rencontrés s'accordent sur l'actuelle lenteur dans la montée en régime de cette nouvelle prestation, les raisons demeurent incertaines. Pour apprécier l'efficacité de cette prestation et donc bien cibler les éventuelles évolutions, il importe de disposer d'une étude approfondie sur son adaptation aux besoins, sur ses conditions d'attribution et sur les raisons des non-demandes et des refus de ses bénéficiaires potentiels.

4.2.3 La mise en place des fonds départementaux de compensation du handicap

Fin 2006, dans les départements visités, les conditions de mise en œuvre du fonds départemental de compensation du handicap n'avaient fait l'objet d'aucune formalisation (caisse pivot, contributeurs, niveau de financement) et leur fonctionnement était "provisoirement" calqué sur le dispositif antérieur.

Il est nécessaire de s'interroger sur les conditions nécessaires à un bon fonctionnement de ces fonds qui doivent servir au succès de la PCH. La définition d'un cadre commun, à travers des conventions types avec les organismes de sécurité sociale notamment, paraît indispensable pour assurer la réussite du dispositif.

4.3 Le pilotage de l'action publique

La mission a fait le constat que le positionnement respectif des trois acteurs majeurs de l'action sociale locale, à savoir l'Etat, les départements et les organismes de sécurité sociale, a sensiblement évolué dans le cadre nouveau organisé notamment par la loi du 13 août 2004. Il apparaît que les départements ont investi leur rôle de chef de file mais que le partage des responsabilités reste très complexe car il associe de très nombreux acteurs et fractionne les responsabilités.

Le système s'efforce de concilier les avantages de la décentralisation (proximité des usagers, capacité d'initiative, adaptation des organisations à des contextes locaux) et ceux liés à l'existence de politiques nationales (égalité de traitement, financement reposant largement sur la solidarité nationale). Mais c'est au prix d'une certaine sophistication qui rend son fonctionnement assez opaque et parfois insuffisamment réactif à l'évolution des besoins.

Une clarification du partage des responsabilités doit prendre en compte le fait que l'Etat ne peut être seulement le garant de l'égalité de traitement, à travers la répartition des moyens, le contrôleur et l'évaluateur. Il définit des politiques dans les lois et règlements, mais aussi il joue un rôle d'expert, use d'incitations financières. Il ne peut plus agir par circulaires.

De son côté le département planifie, finance, définit des stratégies, est invité à développer, en lien avec les autres responsables, sa propre politique, soumise au jugement des usagers. Il est proche, mais très différent, des communes et des opérateurs publics, associatifs et privés lucratifs.

Le nouveau positionnement des caisses de sécurité sociale n'opère pas davantage une stricte séparation des domaines d'intervention et appelle l'articulation des politiques et des financements.

Enfin, la création de la CNSA, opère un rapprochement du handicap et de la dépendance. Dans l'immédiat elle rend également nécessaire des ajustements à l'intérieur de l'Etat, tant au niveau des administrations centrales qu'avec les services déconcentrés.

4.3.1 La lisibilité de la politique nationale et l'amélioration de la qualité

L'amélioration du pilotage de l'action publique passe certainement par le renforcement de l'articulation entre les politiques nationales, y compris dans leurs évolutions (cf. les plans "bien vieillir" et "solidarité-grand âge") et leur déclinaison territoriale, y compris dans les attributions des collectivités territoriales. Dans ce sens, il est nécessaire d'explicitier les conditions de la mise en œuvre des politiques nationales dans un cadre pluriannuel. Il semble également souhaitable de donner à la CNSA un rôle d'agence technique sur l'amélioration de la qualité dans le domaine des personnes âgées, à l'instar de ce qu'elle fait déjà dans le domaine des personnes handicapées.

4.3.2 Les procédures de préparation et de mise en œuvre des PRIAC

Les conditions de mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées pourraient être améliorées :

- En adoptant une démarche d'accompagnement du changement vis-à-vis des différents acteurs et en chargeant la CNSA de rendre compte, de manière transparente, du fonctionnement des mécanismes de péréquation aux services de l'Etat et des départements et de clarifier les critères utilisés au niveau national et au niveau régional pour la répartition des enveloppes.
- En développant le rôle du niveau régional de l'Etat dans les répartitions.
- En mettant en place des mécanismes conduisant à mieux articuler SROS, PRIAC et schémas départementaux, notamment pour garantir dans chaque bassin de vie la mise en place des réseaux gérontologiques.

4.3.3 La procédure d'élaboration des schémas départementaux

L'amélioration du pilotage de l'action publique passe, au niveau territorial, par la clarification des politiques départementales et des procédures d'élaboration des schémas départementaux. Il peut s'agir de mieux articuler le schéma et le budget départemental, de développer la budgétisation de programme, avec objectifs et indicateurs, dans l'esprit de la LOLF, afin d'atteindre une bonne transparence, tant vis-à-vis des élus que des citoyens.

4.3.4 Les relations entre les départements et les caisses

Les relations entre les caisses de sécurité sociales et les Conseils généraux mériteraient d'être plus formalisées. Un décret pourrait préciser le contenu des conventions qui lieraient chaque département avec les caisses, et d'abord les CRAM, intervenant dans leur ressort (du régime général comme des régimes spéciaux) :

- Afin de faciliter les échanges d'informations entre les départements et les caisses.

- Afin de fixer les conditions de participation aux MDPH, aux nouveaux GIP pour les personnes âgées et d'organiser la mise en place des FCPH
- Afin d'organiser les relations avec les CLIC et de préciser leur rôle dans l'évaluation des personnes, l'élaboration et le suivi des plans d'aide.

4.3.5 Le suivi de la performance, le contrôle et l'évaluation

In fine, l'amélioration du pilotage des politiques publiques implique la diffusion de référentiels et d'outils partagés entre les différents acteurs ainsi que la construction d'un système d'information permettant à chacun d'exercer en toute connaissance de cause la plénitude de ses responsabilités :

- La mission souligne la nécessité de mettre en place les systèmes d'information prévus par les lois, facilités par l'utilisation du numéro d'identifiant commun prévu par la loi de financement de la sécurité sociale, et de les développer pour que les connaissances partagées (sur les bénéficiaires, les coûts, les prestations...) permettent une bonne gouvernance de ce dispositif complexe et rendent possibles l'évaluation, le contrôle de l'équité et la transparence.
- Il convient de définir des éléments de type référentiels de performance et des indicateurs permettant d'apprécier de manière objective la performance des services (et, par exemple, construire des tableaux de bord pour suivre les activités et les résultats).

CONCLUSION

Les constats de la mission s'inscrivent dans le droit fil des conclusions du rapport de l'IGAS déjà cité sur la contribution à la cartographie de l'action sociale transmis à la MECSS en fin d'année 2006. Celui-ci faisait apparaître que semblait se dessiner, pour chaque politique, au niveau territorial, l'émergence d'un schéma d'organisation cible « associant quatre éléments propices à la coordination : un acteur pilote ; une instance de concertation entre les acteurs ; un outil de planification territoriale ; un référent ou un guichet unique ». Cette évolution est aussi source de convergences dans les méthodes et outils utilisés pour l'aide sociale, qu'elle soit menée en direction des personnes âgées ou des personnes handicapées.

Mais s'agissant de la politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées dans les départements qui ont fait l'objet de l'enquête, cette évolution apparaît comme loin d'être aboutie. L'efficacité suppose la mobilisation coordonnée d'acteurs nombreux et divers. Les conditions de coordination, souvent peu formalisées, sont très variables selon les acteurs mais aussi les territoires. Des cloisonnements persistent entre l'Etat et les départements ou entre ceux-ci et les organismes de sécurité sociale. Au total, des progrès importants semblent nécessaires pour aboutir à un partenariat efficace entre l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale.

Stéphanie DUPAYS

Christophe LANNELONGUE

Thierry LECONTE

Pierre SARDOU

**L'action sociale locale
en direction des personnes âgées et
des personnes handicapées
dans les départements
du Lot-et-Garonne, du Nord,
du Rhône et du Val-de-Marne**

Tome II/II - Annexes

Rapport présenté par :

***Stéphanie DUPAYS, Christophe LANNELONGUE, Thierry LECONTE
et Pierre SARDOU***

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

***Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.
Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont demandé.***

***Rapport n° RM2007-001P
Février 2007***

ANNEXES

Liste des annexes

- Annexe 1 Lettres de mission
- Annexe 2 Personnes rencontrées
- Annexe 3 Liste des sigles
- Annexe 4 Eléments sur l'action sociale en direction des personnes âgées et des personnes handicapées dans le département du Lot et Garonne
- Annexe 5 Eléments sur l'action sociale en direction des personnes âgées et des personnes handicapées dans le département du Nord
- Annexe 6 Eléments sur l'action sociale en direction des personnes âgées et des personnes handicapées dans le département du Rhône
- Annexe 7 Eléments sur l'action sociale en direction des personnes âgées et des personnes handicapées dans le département du Val-de-Marne

Annexe 1 : Lettres de mission



Le Chef de l'IGAS

25 OCT. 2006

Madame et Monsieur les coprésidents,

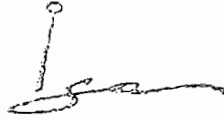
Comme convenu lors de notre réunion du jeudi 5 octobre 2006, veuillez trouver ci-joint une fiche de cadrage de la mission que l'IGAS effectuera sur l'action sociale locale en lien avec la MECSS.

Je vous prie de croire, Madame et Monsieur les coprésidents, à l'assurance de mes salutations distinguées.

et cordialement,

André NUTTE

Madame Paulette GUINCHARD-KUNSTLER
Monsieur Pierre MORANGE
Co-présidents de la MECSS
Assemblée nationale
126 rue de l'Université
75355 PARIS Cedex 07 SP



23 octobre 2006

Fiche de cadrage de la mission IGAS portant sur l'action sociale locale

Thème :	mise en œuvre de l'action sociale au plan local : l'exemple des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées
Catégorie:	évaluation
Enjeux :	la cartographie de l'action sociale locale réalisée par l'IGAS en novembre 2006 a mis en lumière le caractère à la fois primordial et déficient des modalités de coordination et d'articulation entre les diverses institutions en charge de l'action sociale au plan local. L'interface entre d'une part les collectivités de niveau départemental (conseil général et grandes communes) et d'autre part les caisses locales de sécurité sociale revêt à cet égard un caractère particulièrement sensible.
Méthode :	la mission se déplacera dans quatre départements de tailles et de caractéristiques sociales diverses. Elle rencontrera les principaux acteurs de l'action sociale, en premier lieu les services déconcentrés de l'Etat, les conseils généraux, quelques grandes communes, les caisses locales de sécurité sociale (régime général et éventuellement mutualité sociale agricole) et quelques grands opérateurs de l'intervention sociale. Elle centrera ses investigations sur les politiques du handicap et de la prise en charge des personnes âgées.
Echéances :	la mission remettra son rapport au plus tard à la mi-février. En toute hypothèse, elle devra être en mesure de présenter un bilan d'étape utilisable par la MECSS lors de la deuxième quinzaine de décembre, et un premier état du rapport final qui pourra faire l'objet d'une audition de la commission le 11 janvier 2007.
Livrables :	un bilan d'étape ayant pour objet d'alimenter la réflexion de la MECSS ; un rapport de synthèse comprenant des annexes de sites



Ministère de la Santé et des Solidarités

Le Ministre

Paris, le

02 MAR. 2006

Cab/ER/MJM/Mer06.2847

180

Monsieur le Président, *Cher Pierre,*

Par lettre du 22 décembre 2005, vous m'avez demandé de saisir l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'une mission d'enquête sur les politiques décentralisées d'action sociale.

Je partage entièrement l'intérêt que vous portez à la question de l'évaluation des politiques sociales décentralisées.

L'IGAS est d'ailleurs de plus en plus active dans ce domaine. Deux services d'aide sociale à l'enfance (ASE) font ainsi désormais chaque année l'objet de contrôles, lesquels sont parfois couplés avec le contrôle d'un service de protection maternelle et infantile (PMI). Par ailleurs, l'évaluation du RMI prévue par la loi du 18 décembre 2003 sera pilotée par un inspecteur général. Plus généralement, nombreuses sont les missions d'évaluation et de contrôle qui amènent l'IGAS à visiter des collectivités territoriales ou à s'intéresser à des projets locaux dans lesquels celles-ci s'impliquent de manière croissante.

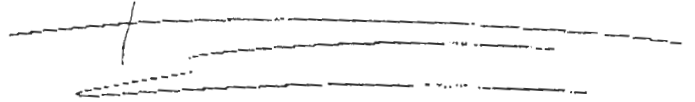
S'agissant de l'action sociale conduite par les collectivités territoriales et les caisses locales de Sécurité sociale, sur laquelle porte spécifiquement votre demande, l'IGAS effectue actuellement deux missions qui ont précisément trait à ce sujet, l'une sur la gestion par la CNAV des crédits d'action sociale consacrés aux politiques de maintien à domicile des personnes âgées, l'autre sur la gestion par la CNAF des crédits consacrés aux politiques de la petite enfance et du temps libre.

Monsieur Pierre MORANGE
Président de la mission d'évaluation
et de contrôle des lois de financement
de la sécurité sociale
Assemblée Nationale
126 rue de l'Université
75007 PARIS

Aussi ai-je demandé à la chef de IIGAS de prendre contact avec vous dans les meilleurs délais pour examiner comment articuler au mieux ses travaux avec les préoccupations de la mission que vous présidez.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.

Bien à vous,



Xavier BERTRAND



31 OCT. 2006

Le Chef de l'IGAS

Le chef de l'Inspection générale
des affaires sociales

à

Stéphanie DUPAYS
Inspectrice

Christophe LANNELONGUE
Inspecteur général
Pierre SARDOU
Chargé de mission

OBJET : Mise en œuvre de l'action sociale au plan local: l'exemple des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées

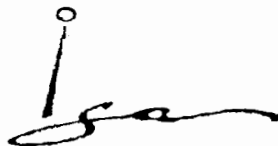
Code mission M2006-224

Je vous prie de bien vouloir effectuer la mission citée en objet.

André NUTTE

Copie : Dominique GIORGI, président, Carole LEPINE et Bérénice DELPAL, secrétaires du comité des pairs "ASSAG".

Pour info : Michel GAGNEUX, président, Delphine CORLAY et Cédric PUYDEBOIS, secrétaires du comité des pairs "Protection sociale".



Inspection générale des affaires sociales

- 9 NOV. 2006

Le Chef de l'IGAS

**Le chef de l'Inspection générale
des affaires sociales**

à

**Thierry LECONTE
inspecteur**

OBJET : Mise en œuvre de l'action sociale au plan local: l'exemple des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées

Code mission M2006-224

Je vous prie de bien vouloir effectuer la mission citée en objet.

André NUTTE

Copie : Dominique GIORGI, président, Carole LEPINE et Bérénice DELPAL, secrétaires du comité des pairs "ASSAG".

Pour info : Michel GAGNEUX, président, Delphine CORLAY et Cédric PUYDEBOIS, secrétaires du comité des pairs "Protection sociale".

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées

Organismes nationaux

Administrations de l'Etat

Centre d'analyse stratégique (CAS) :

- Monsieur Stéphane Le Bouler chargé de mission

Direction générale de l'action sociale (DGAS) :

- Madame Mireille Gaüzère, chef de service adjointe au directeur général
- Madame Annick Bony, chef du bureau des personnes âgées

Direction de la sécurité sociale (DSS) :

- Madame Raymonde Tailleur, sous directrice SD4 « gestion des systèmes d'information »
- Monsieur Laurent Gallet, chef du bureau 4A
- Madame Stéphanie Gilardin-Cherion, adjointe au chef du bureau 4A

Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques (DREES) :

- Madame Nicole Roth, sous-directrice chargée de l'observation de la solidarité
- Madame Joëlle Chazal, chef du bureau établissements sociaux de l'action locale sociale et des professions
- Monsieur Philippe Raynaud, adjoint au chef du bureau politique de la vieillesse du handicap et de la dépendance
- Monsieur Laurent Caussat, sous-directeur chargé des synthèses études économiques et évaluation
- Monsieur Michel Duée, chef du bureau comptes et prévisions d'ensemble

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) :

- Monsieur Denis Piveteau, directeur
- Madame Bernadette Moreau, responsable Département compensation autonomie

Organismes de sécurité sociale

Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) :

- Monsieur Yves Humez, directeur
- Monsieur Gérard Soumet, directeur action sanitaire et sociale

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) :

- Madame Restout, direction du réseau
- Madame Régine Constant, direction du réseau

Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) :

- Monsieur Patrick Hermange, directeur général
- Monsieur Claude Perinel, directeur national de l'action sociale
- Monsieur Laurent Tarrieu, chargé de mission (budget) à la direction nationale de l'action sociale

Autres organismes

Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS) :

- Madame Claudine Padieu,
- Madame Geneviève Avenard,

Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCASS) :

- Madame Béatrice Longueville, déléguée générale adjointe
- Madame Karen Soyer, conseillère technique

Personnes rencontrées dans le département du Lot et Garonne

Services de l'Etat

Préfecture :

- Monsieur Rémi Thuau, préfet

Direction régionale de l'action sanitaire et sociale (DRASS) d'Aquitaine :

- Monsieur Jacques Cartiaux, directeur
- Madame Viviane Lufflade, inspectrice principale de l'action sociale

Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS) du Lot-et-Garonne :

- Monsieur Denis Couteaud, directeur-adjoint

Département

Conseil général :

- Monsieur Philippe Jamet, directeur général adjoint vie sociale, et directeur de la MDPH
- Madame Jugie, vice-présidente du Conseil général et présidente de la commission des affaires sociales

Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) :

- Monsieur Nortier, directeur-adjoint de la MDPH
- Madame Evelyne Delay
- Madame Trichereau, médecin à la MDPH

CLIC :

- Monsieur Fernand Tremblet, président du CLIC
- Monsieur Stéphane Raïlo, coordonnateur CLIC
- Monsieur Luc Vogt, médecin gériatre, vice-président du CLIC

Communes

Mairie et CCAS de Tonneins :

- Monsieur J.P. Moga, maire de Tonneins
- Madame Liliane Bordes-Legros, adjointe au maire de Tonneins

Centre d'accueil temporaire et d'accueil de jour de Coulx :

- Monsieur Daniel Furlan, maire de Coulx
- Madame Marie-Jo Guirouy, présidente de l'AMR

Organismes de sécurité sociale

Caisse régionale d'assurance maladie d'Aquitaine (CRAMA) :

- Madame Anne Baron, directrice adjointe

Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) :

- Monsieur Gilbert Pecouil, Directeur de la CPAM 47

Mutualité sociale agricole (MSA) :

- Monsieur Marc Helies, directeur de la MSA 47
- Madame Simone Barrault, responsable de l'action sociale
- Monsieur Abdelkader Bouguelmouna, médecin conseil, chef de service

Mutualité 47 :

- Monsieur Périer, président

Personnalités représentant les associations

Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA) :

- Monsieur Rivière

Association française contre les myopathies (AFM) :

- Madame Flexas

Association des paralysés de France (APF) :

- Madame Sazi, déléguée départementale de l'APF

Association de l'Essor (ESAT) :

- Monsieur Perrou, directeur de l'ESAT Mézin

Association Laïque de Gestion d'Établissements d'Éducation et d'Insertion (ALGEEI) :

- Madame Béziade, directrice
- Madame Filloucat, vice-présidente

Personnes rencontrées dans le département du Nord

Services de l'Etat

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) du Nord :

- Monsieur Pierre PRUEL, directeur
- Monsieur Jean Philippe GUILLOTON, directeur adjoint, responsable du pôle social
- Monsieur François LEBLEU, chef du service soins aux personnes âgées
- Monsieur Eric POLLET, chef du service politique du handicap

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales DRASS du Nord Pas de Calais :

- M Jean Claude WESTERMANN, directeur DRASS
- Docteur Christian LAHOUE MIR
- Madame Josiane BOULANGER, responsable du pôle médico-social
- Madame Véronique BUYENS-MAGNEY, pôle social

Département

Conseil général :

- Monsieur Bernard DESROSIER, président du Conseil général du Nord

Direction de la solidarité aux personnes âgées et aux personnes handicapées :

- Monsieur Yves SCHAEFFER, directeur

Comité départemental des retraités et des personnes âgées (CODERPA) :

- Monsieur LOARRIERE, directeur du service d'information du CODERPA

Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) :

- Monsieur Lebrun, directeur

CLIC EOLLIS :

- Docteur FOURNIER, président de l'association
- Madame Noëlle MATHI, responsable de la coordination et du développement
- Madame Sabine DELATTRE, responsable gestion et ingénierie

Communes

Commune de Lille :

- Madame Marie Christine STANIEC, adjointe au maire
- Monsieur Michel CUCHEVAL, délégué aux personnes âgées et aux personnes handicapées

Commune de Marcq en Baroeul :

- Monsieur Christian LOISON, adjoint au maire « solidarité, action sociale et plan local d'insertion par l'économie »
- Madame SEINGIER, directrice du CCAS

Organismes de sécurité sociale

Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) :

- Monsieur Yves CORVAISIER, directeur général
- Madame Thérèse WASSON responsable de l'action sanitaire et sociale à la CRAM Nord Picardie

Caisse d'allocation familiale (CAF) de Lille :

- Monsieur Daniel FORAFO directeur
- Monsieur William de ZORZI, directeur adjoint

Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Lille :

- Monsieur Antoine CHATAIGNIER, directeur
- Monsieur HULLAERT, responsable pôle solidarité, prestations complémentaires
- Monsieur Dominique Coquet, cadre du service social

Mutualité sociale agricole (MSA) du Nord :

- Monsieur Daniel CHANDELIER, directeur

Personnalités représentant les associations

- APF (association des paralysés de France) : M Marc BEHAREL, délégué départemental
- UDAPEI les papillons blancs : Monsieur Jacques MEUTER et Madame Brigitte DORE
- AFM : (association française contre les myopathies) : M Pierre DE LOR, délégué
- UNAFAM (Union nationale des amis et famille de malades mentaux) : M Bertrand ESCAIG, vice-président national

Personnalités représentant des opérateurs

URIOPS :

- Monsieur Bruno DELAVALLE, directeur régional
- Monsieur Gilles AETMARE, responsable du secteur personnes handicapées

La maison de l'aide à domicile :

- Monsieur José LOISON, directeur
- Madame Edith LAFFINEUR, responsable qualité

Personnes rencontrées dans le département du Rhône

Services de l'Etat

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) :

- Monsieur Pierre Alegoet, directeur
- Madame Cécile Russier, responsable de l'offre hospitalière et médico sociale

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) :

- Monsieur Joel May, directeur
- Docteur Anne Marie Durand, directrice adjointe
- Madame Nathalie Castoldi, hopitaux locaux personnes âgées

Département du Rhône

- Monsieur Pierre Jamet, directeur général des services
- Madame Nicole Berlière Merlin, directrice générale adjointe en charge du pôle personnes âgées personnes handicapées
- Docteur Maryse Vocanson adjoint à la directrice du pôle Personnes âgées personnes handicapées

Unité territoriale n°9 de Sainte Foy

- Mme DERDINGER Directeur de l'Unité Territoriale (UT) - Canton de Ste Foy-lès-Lyon-La Mulatière
- Mme BRENIER Responsable sociale - UT de Ste Foy
- Mme FERLAY Assistante sociale - UT de Ste Foy
- Mme GAILLETON Secrétaire CLIC - UT Ste Foy
- Mme GUERIN Infirmière personnes âgées - UT Ste Foy
- Mme MAURICE Assistante sociale - UT de Ste Foy
- Mme MOULIN Assistante sociale - UT de Ste Foy
- Docteur PEYRARD Gériatre - UT de Ste Foy

Communes et CCAS

- La Mulatière - Mme BUCOMINO Responsable du service Action Sociale Mulatine -
- Sainte Foix Les Lyon : - Mme BRUHAT Responsable sociale - Centre Communal d'Action Sociale - Mairie de Ste Foy-lès-Lyon
- Villefranche: Madame M'Bazaia, responsable du service personnes âgées
- Villeurbanne : Madame Beudot, adjointe au maire chargée des personnes âgées.
Monsieur Baillet directeur du CCAS

Organismes de sécurité sociale

Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) : Monsieur KINER, directeur général.
Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Lyon : Monsieur Ropert

Représentant des opérateurs

ADMR: Monsieur Dressy, directeur

Office Fidésien Tous Ages (OFTA) :

- Mme LESAGE Directrice OFTA - Ste Foy
- Mme DESSERT Responsable des aides à domicile - OFTA - Ste Foy
- Mme BOURDIER JIGUEL Responsable du service soins infirmiers -OFTA- Ste Foy

Représentants des usagers

CRIAS :

- Monsieur Jacques PILLOT, président
- Docteur Paul Henri CHAPUY
- Madame Façoise Chatenat, directrice
- ADAPEI du Rhône : Monsieur CLERC
- OVE du Rhône : Monsieur BERTHUIS
- APF du Rhône Monsieur BAVIERE

Associations :

- Monsieur Christian Bertuy : DVE directeur général
- Monsieur Jean Simon : conseil départemental de l'association des paralysés de France (APF)
- Monsieur Albert directeur administratif et financier ADAPEI Rhône
- Monsieur Henri CLERC : président ADPFI du Rhône

Personnes rencontrées dans le département du Val-de-Marne***Services de l'Etat*****Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) Ile-de-France :**

- Madame le docteur Annick Deveau, directrice adjointe, responsable du pôle social

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) du Val-de-Marne :

- Madame Danielle Hernandez, directrice
- Monsieur André Lorraine, directeur adjoint
- Monsieur Jean-Christian Sovrano, inspecteur principal chef du service des établissements médico-sociaux
- Madame Nadia Arnaout, inspectrice chargé des personnes âgées
- Monsieur Régis Gardin, inspecteur chargée de l'enfance handicapée

Département**Conseil Général :**

- Monsieur Christian Fournier, vice-président du CG en charge des personnes âgées et des personnes handicapées
- Monsieur Yves Talhouarn, directeur général adjoint, chargé du pôle prévention et action sociale
- Madame Martine Conin, directrice des interventions en faveur des adultes

Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) :

- Madame Laurence Mesureur, directrice

CLIC :

- Madame Dominique Sgambato, coordinatrice du CLIC 4
- Madame Delphine Petitjean, coordinatrice du CLIC 7

Commune

Commune de Créteil :

- Monsieur Laurent Cathala, député maire, ancien ministre
- Monsieur Jean-Michel Marige, directeur du CCAS

Organismes de sécurité sociale

Caisse régionale d'assurance maladie Ile-de-France (CRAMIF) :

- Monsieur Jean-Claude Poirier, directeur adjoint

Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) :

- Madame Christiane Flouquet, directrice de l'action sociale Ile-de-France

Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) :

- Monsieur Gilles Filiberti, directeur
- Madame Cécile Alomar, directrice adjointe
- Madame Brigitte Soumail, directrice du remboursement des soins, de l'action sociale et des relations avec les assurés
- Madame Berthet, pôle réseaux établissements, prévention et actions sanitaires
- Monsieur Bennonier, pôle précarité

Personnalités représentant des opérateurs

Maison de retraite intercommunale de Fontenay sous bois :

- Monsieur Richard Tourisseau, directeur
- Madame Gaëlle Léandri, directrice adjointe

Annexe 3 : Répertoire des principaux sigles

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
ADMR	L'association du service à domicile (anciennement : Aide à domicile en milieu rural)
AEH	Allocation enfant handicapé
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
APF	Association des paralysés de France
ARDH	Aide au retour à domicile après hospitalisation
ASE	Aide sociale à l'enfance
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMSP	Centre d'action médico-social précoce
CAR	Comité de l'administration régionale
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDES	Commission départementale de l'éducation spéciale
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNSA	Caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie
CODERPA	Comité départemental des retraités et personnes âgées
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CREAHI	Centre régional d'études et d'actions sur les handicaps et les inadaptations
CROSMS	Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale
CTRI	Comité technique régional et interdépartemental
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDTEFP	Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DSS	Direction de la sécurité sociale
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP	Equivalent temps plein
GIP	Groupement d'intérêt public
GIR	Groupe iso ressource
GRSP	Groupement régional de santé public
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
MARPA	Maison d'accueil rural pour personnes âgées
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MDR	Maison du Rhône
MECSS	Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale
MSA	Mutualité sociale agricole

ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PCH	Prestation de compensation du handicap
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PSD	Prestation spécifique dépendance
RMI	Revenu minimum d'insertion
SAD	Services d'aide à domicile
SDOSMS	Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SVA	Site de la vie autonome
UNA	Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles
UNCASS	Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie

Annexe 4 : Eléments sur l'action sociale en direction des personnes âgées et des personnes handicapées dans le département du Lot-et-Garonne

1. Les personnes âgées et les personnes handicapées dans le département du Lot-et-Garonne

Le département du Lot-et-Garonne est le 71^{ème} département de France par sa population (314 825 au 1/01/2004). C'est un département rural, moyennement étendu (avec une densité de 59 habitants au kilomètre carré et 3 communes de plus de 10 000 habitants) et un habitat dispersé. En terme de situation socio-économique, le département se classe au 72^{ème} rang pour le PIB par habitant. Il compte 5 735 bénéficiaires du RMI (3,63% contre 3,31% au niveau national) et 5 098 bénéficiaires de l'AAH (2,08% contre 1,68%).

1.1. Les personnes âgées

Le département du Lot-et-Garonne a (figure1), une proportion de personnes âgées très supérieure à la moyenne française. L'indice de vieillissement (proportion des plus de 65 ans par rapport à la proportion des moins de 20 ans) est de 100,4 contre 65,3 au niveau national et 84,2 en Aquitaine. L'évolution de ce vieillissement devrait être plus modérée dans les années qui viennent.

La situation économique des personnes âgées est moins favorable que la moyenne puisqu'on y compte 5 291 bénéficiaires du minimum vieillesse (soit 7,6% contre 5,3% au niveau national).

Figure 1 : Répartition par tranche d'âge

Tranche d'âge	Département/2004		Données nationales 2004	
	nombre	%	nombre	%
< 19 ans	69 734	22,15	15.095.162	25.0
20-59 ans	158 047	50,20	32.769.265	54.3
60-64	17 061	5,42	2.625.170	4.3
65-74	34 890	11,08	5.103.905	8.5
75 ou +	35 093	11,15	4.746.498	7.9
Total population	314 825	100.0	60.340.000	100.0

Source DREES/STATISS

Mais c'est aussi un département dont la situation sanitaire est plutôt meilleure que la moyenne. En conséquence la proportion de femmes n'excède pas 57% dans la population de plus de 65 ans et 61% dans celle de plus de 75 ans. Le pourcentage de personnes de plus de 75 ans vivant seules en 1999 est de 33% (38% en moyenne nationale).

Figure 2 : Répartition des personnes âgées dépendantes identifiées, entre domicile et institution, par groupe iso ressources (GIR) : Estimation pour personnes âgées de 60 ans et plus

	A domicile	En établissement	Ensemble
GIR 1	93	348	441
GIR 2	682	910	1592
GIR 3	1039	454	1493
GIR 4	2628	724	3352
Ensemble GIR 1-4	4442	2436	6878
GIR 5	NC	NC	1 062
GIR 6	NC	NC	2 061
Ensemble GIR 5-6	NC	NC	3 123
GIR inconnu	NC	NC	1 307
Total	NC	NC	11 308

Sources : Conseil Général, CRAMA, MSA

Figure 3 :Description de l'offre d'accueil en faveur des personnes âgées

Données 2005	Département du Lot-et-Garonne	France métropolitaine
Maison de retraite		
Nombre d'établissements	44	6 416
Nombre de lits	3185	440 872
Dont lits EHPAD	2414	266 227
Foyers logements		
Nombre d'établissements	16	2 966
Nombre de lits	667	155 416
Dont lits EHPAD	64	13 583
Lits d'hébergement temporaire	101	7 373
Accueil de jour		
Nombre de places	1	2 274
Services de soins à domicile		
Nombre de services	23	1 912
Nombre de places	564	78 848
Equipement (taux pour 1000 habitants de 75 ans ou plus)		
Structures d'hébergement de personnes âgées	112,64	127,18
Places de service de soins à domicile	16,07	16,61
Bénéficiaires de l'APA	6384	854 482
Taux	181,92	180

Source DREES/STATISS

1.2. Les personnes handicapées

Les renseignements statistiques sont plus lacunaires. Il n'y a pas de système d'information permettant de connaître et de suivre la population par type de handicap. La proportion de bénéficiaires de l'AAH (5098) atteint 2,08% contre 1,68% au niveau national.

Les taux d'équipement sont favorables, mais les services d'accompagnement devront être développés à la mesure des succès des politiques d'intégration scolaire et par le travail.

Figure 4 :Personnes handicapées

	Département 2004	
	nombre	%
Nombre de personnes handicapées de moins de 65 ans	10 400	6
Total population	314 825	100

Sources : CAF : Schéma adultes handicapés Observatoire régional de la santé en Aquitaine (ORSA)

Figure 5 : Description de l'offre d'accueil en faveur des personnes handicapées

Données 2005	Département du Lot-et-Garonne	France métropolitaine
Foyers d'hébergement		
Nombre d'établissements	8	1 303
Nombre de lits	182	38 333
Maison d'accueil spécialisée		
Nombre d'établissements	3	428
Nombre de lits	108	16 508
Foyers de vie		
Nombre d'établissements	8	1 203
Nombre de lits	419	39 010
Foyers d'accueil médicalisé		
Nombre d'établissements	1	376
Nombre de lits	54	10 551
Services de soins à domicile (nombre de places)	0	866
Taux d'équipement (places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans)		
MAS	0,68	0,50
Foyer de vie	2,65	1,19
Foyer d'accueil médicalisé	0,34	0,32

Source DREES/STATISS

2. Le pilotage de l'action sociale, le partage des responsabilités et les acteurs majeurs de l'action sociale

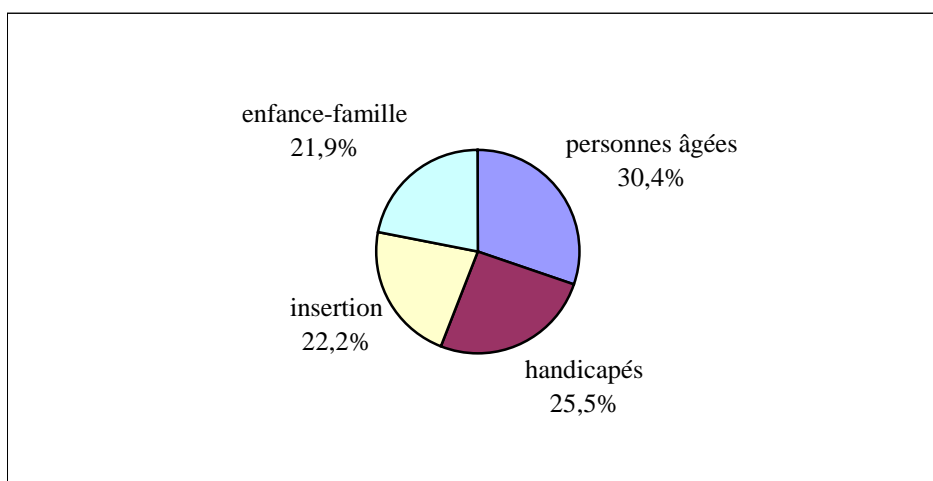
2.1. le Conseil général

2.1.1. Moyens : un budget d'action sociale en expansion

En 2006, le budget d'action sociale du Conseil général s'élève à 145 millions d'euros soit deux fois plus qu'en 2001, avant l'APA, le transfert du RMI, du Fonds solidarité logement (FSL) et du fonds d'aide aux jeunes, et avant l'instauration de la PCH. Les personnes âgées constituent le premier poste de dépense (44 millions d'euros soit 30,4%), puis viennent les handicapés (37 millions d'euros, 25,5%) en enfin les dépenses consacrées à l'insertion et à l'enfance et à la famille (figure 6). Sur ce budget, l'APA représente 30 milliards d'euros (23 pour l'APA à domicile et 9 pour l'APA en établissements) et la PCH 6 milliards¹.

Figure 6 : Le budget d'action sociale du Conseil général du Lot-et-Garonne en 2006

Source : Conseil Général



2.1.2. Le CLIC

Le département comporte un seul CLIC, limité au territoire du Grand Agenais. Dans les faits, le CLIC étend son action au-delà de ce territoire. Ce CLIC, ancien (inauguré en janvier 2001) s'est créé en s'appuyant sur une association nommée Regain. Le CLIC a sollicité de nombreux partenariats. Le CLIC remplit deux fonctions :

- une fonction d'organisation de la transition entre l'hôpital et le domicile : le CLIC gère la sortie des personnes âgées hospitalisées ressortissant du régime général sur le Grand Agenais.
- une mission d'évaluation des nouveaux dossiers d'aide à la personne pour les ressortissants du régime général. Le CLIC fait partie des évaluateurs.

¹ Selon une prévision du Conseil général

2.2. L'Etat

2.2.1. La DRASS

La DRASS est organisée sur un mode centralisé, mais le Comité technique régional et interdépartemental (CTRI) auquel participe chaque DDASS et dont elle assure la présidence et le secrétariat lui permet de s'appuyer sur l'ensemble du réseau de l'Etat. De plus, elle participe à l'ARH et au GRPS, ce qui lui permet de faire les liaisons avec le secteur sanitaire.

Moyens

Les effectifs de la DRASS consacrés à l'action sociale en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées sont de 4 ETP (2A 2B) ; le service est dans le pôle social et médico-social.

Personnes handicapées :	intervention	investissement
- BOP handicap et dépendance :	68 316 883 €	115 371 €
- Crédits CNSA :	362 563 179€	
- Fonds de concours CNSA	4 480 148 €	
- Soit au total :	435 360 210 €	115 371 €
Personnes âgées :		
- BOP handicap et dépendance :	5 793 €	2 485 821 €
- Crédits CNSA :	304 700 143€	
- Fonds de concours CNSA		1 213 851 €
- Soit au total :	304 705 936 €	3 699 672 €

Le pilotage des travaux d'élaboration du PRIAC

La région Aquitaine a été l'une des 5 régions pilotes pour l'élaboration des PRIAC. Le premier PRIAC a été adressé à la CNSA en avril 2006 après validation du CTRI, du comité administratif régional (CAR) et avis du CROSMS.

2.1.2. La DDASS

La DDASS a resserré ses interventions dans les domaines du BOP 157, dans les domaines en liens avec le sanitaire et dans la préparation du PRIAC.

Elle consacre 7 ETP aux personnes âgées et aux personnes handicapées (3 inspecteurs, 2,5 B, 1,5 C). Elle a mis 23,7 ETP à la disposition de la MDPH.

2.2. Les caisses de sécurité sociale

2.2.1. La caisse régionale d'assurance maladie Aquitaine (CRAMA)

Le service d'action sanitaire et sociale du siège (23 personnes) gère à la fois l'action sanitaire et sociale envers les retraités et celle au profit des malades. Le service social (145 personnes)

est décentralisé dans les locaux des cinq caisses primaires et compte une centaine de lieux d'accueil de proximité dans la région.

Le budget exécuté en 2005 a atteint 19 861 650 € (hors action immobilière). Le budget prévisionnel 2006 est de 22 509 505 €. La part de l'aide ménagère "prestataire" diminue de 88,7% à 80% ; la part des "nouvelles prestations" (évaluation globale, plan d'aide personnalisé –PAP- et allocation de retour à domicile de l'hôpital –ARDH-) augmente de 2,1% à 9,5%. Ces évolutions traduisent bien les nouvelles orientations stratégiques de la CNAV mises en œuvre par la CRAMA.

2.2.2. La caisse primaire d'assurance maladie du Lot-et-Garonne (CPAM)

La CPAM mobilise l'équivalent de 1,25 ETP sur l'activité globale action sanitaire et sociale dont 0,4 pour les personnes âgées ou handicapées.

Elle n'a pas d'orientations spécifiques pour les personnes âgées ou handicapées, mais elle répond à des demandes ponctuelles pour l'accès aux soins et apporte des compléments à des bénéficiaires de la PCH. Il y a une forte continuité avec le site pour la vie autonome (SVA) dont le fond était géré par la CPAM. Les négociations en cours laissent penser que le fonds de compensation de la MDPH reproduira ce schéma avec peut-être plus de financeurs.

En 2004 il y avait 122 personnes âgées bénéficiaires d'aide à l'accès aux soins pour 43 898 €

5 " " " " handicap	4 697 €
496 personnes handicapées " " à l'accès aux soins	145 313€
44 " " " " handicap	29 391€

En 2007 la dotation au fonds de compensation de la MDPH est fixée à 40 952 €

La caisse porte une attention particulière, en collaboration avec la MDPH aux tarifs pratiqués par les fournisseurs.

2.2.3. La mutualité sociale agricole du Lot-et-Garonne (MSA)

Elle compte 29 personnes dont 21 travailleurs sociaux (1 pour 2 ou 3 cantons) pour gérer l'action sanitaire et sociale. Il convient d'ajouter qu'il y a 15 élus par canton.

Elle couvre 23 724 personnes de plus de 60 ans en maladie (sur un total de 57 264) et a 60973 bénéficiaires d'une prestation retraite. 730 personnes ont bénéficié d'une prestation handicap.

Son budget 2005 action sanitaire et sociale consacrée aux personnes âgées a été de 705 271 € dont 670 678 € d'aide à domicile.

Elle travaille principalement avec les petites communes, l'ADMR, le réseau gérontologique Aliénor; elle est membre de la MDPH.

2.3. Les communes, les associations, les opérateurs

Si, comme partout, les communes constituent le point d'entrée le mieux identifié pour les personnes âgées, le Lot-et-Garonne est un cas de figure très spécifique dans l'équilibre des différents acteurs.

2.3.1. Les communes

Les communes sont très peu prestataires de service en dehors du portage de repas, peu intégrées au dispositif départemental (en particulier les villes) et très sensibles aux initiatives des opérateurs. Deux maires ont été rencontrés.

Coulx

Coulx est une toute petite commune rurale à habitat dispersé. Le maire a fait part de deux soucis majeurs : garder le plus longtemps possible sa population âgée et développer une activité économique non agricole. Ces deux préoccupations l'ont conduit à promouvoir une maison d'accueil temporaire et d'accueil de jour. Avec l'appui de l'ADMR, il a peu à peu convaincu le sous-préfet, la MSA, la CRAMA et le département. Cette formule permet d'apporter une solution provisoire au problème des logements inadaptés mais aussi de soulager les aidants familiaux.

En raison du succès important de la formule, une extension importante vient d'ouvrir. La structure travaille avec le réseau gérontologique et accueille des personnes âgées issues de tout le département (le transport étant assuré).

Tonneins

Tonneins est une commune de moins de 10 000 habitants, où sont implantées plusieurs structures de l'association des paralysés de France (APF). Elle est dans le ressort du réseau gérontologique Aliénor. La municipalité a favorisé l'accueil en logement ordinaire de personnes handicapées et s'enorgueillit d'une politique complète d'accessibilité. Son CCAS, qui n'a pas été mis en commun dans la communauté de communes, ne dispose pas de travailleur social. Mais, la commune a mis en place un service municipal de portage de repas dont les personnels ont été formés au repérage des besoins pour le plan canicule et qui lui permet de rivaliser avec les services départementaux, jugés trop peu réactifs, pour l'accueil et l'information non seulement des personnes isolées (qui relèvent des CCAS dans le partage des responsabilités avec le département) mais aussi des familles (qui, elles relèveraient du département).

2.3.2. Les associations

A ce stade, il convient de noter que leur poids économique, leur organisation, leur capacité d'expression et d'initiative leur donne un rôle structurant. Leur neutralité politique est un atout dans un contexte de rivalité entre le Conseil général et certaines grosses communes.

Les associations rencontrées (cf. liste en annexe), qui allient le plus souvent une fonction représentative (surtout dans le domaine du handicap) et une activité gestionnaire importante sont porteuses non seulement de problèmes individuels (pour le handicap, ce sont elles qui préparent la majorité des dossiers) mais encore d'une analyse des besoins très réactive, précieuse pour l'élaboration des schémas, contournée faute de temps pour le premier PRIAC. Réellement "médico-sociales", elles ont des liens avec les médecines hospitalières et de ville ; elles sont bien présentes dans le seul CLIC à Agen (Regain) et dans le réseau de Marmande-Tonneins (Aliénor).

Les deux fédérations FASSAD (1 600 équivalents temps plein) et ADMR (400 ETP) ont presque l'exclusivité de l'aide ménagère. Elles développent des actions de professionnalisation et étendent leur activité à toute la gamme des aides à domicile du plan Borloo. Elles sont un interlocuteur incontournable pour le département, les communes et les caisses qui contractent avec elles non seulement sur les tarifs, mais encore sur l'évaluation et le suivi des actions.

3 Le pilotage stratégique de l'action sociale en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées : planification, programmation, attribution des crédits

3.1. Les schémas

La mission a pu disposer des schémas départementaux en faveur, respectivement, des adultes handicapés et des personnes âgées, pour la période 2006-2010. Il n'y a donc pas de schéma global social et médico-social ni de schéma pour l'enfance handicapée.

3.1.1. Le schéma adultes handicapés

Les travaux de ce 2^{ème} schéma ont débuté en octobre 2004 et ont été suspendus en février 2005 dans l'attente de la publication des décrets d'application de la loi du 11 février 2005. Ils avaient réuni une soixantaine de participants de l'Etat (DDASS, DDTEFP), des caisses (CPAM, MSA), des établissements et services spécialisés, des SSIAD et des associations d'aide à domicile, des CCAS, des médecins. Un état des lieux s'appuyant sur les travaux de l'Observatoire Régional de la Santé d'Aquitaine (ORSA) et sur deux enquêtes départementales sur les besoins et sur les échanges avec les départements limitrophes a été réalisé.

Les propositions du schéma répondent essentiellement aux récents bouleversements que la loi a introduit dans le champ : démarrage de la MDPH, introduction de la PCH (sur ce point demeure une incertitude quant au niveau de dépense induit) et interrogation sur le nouveau sujet que sont les enfants handicapés. Une révision du schéma est prévue en 2008 pour tenir compte de l'évolution des besoins et de l'amélioration attendue de leur recueil (avec la modernisation du système d'information).

3.1.2. Le schéma personnes âgées

Il présente une structure similaire (état des lieux et étude des besoins, propositions). La préparation a associé les différents acteurs (associations, professionnels libéraux, financeurs – sécurité sociale, DDASS- représentants des établissements et services).

Mais, la montée en charge de l'APA étant un acquis, les propositions sont plus développées : maintenir l'autonomie et développer la coordination, adapter les structures et les aides humaines, développer et diversifier les prises en charge. Ce schéma n'évoque aucune coordination entre les dispositifs relevant d'acteurs différents : les actions relevant d'autres acteurs que le département, en particulier pour les GIR 5 et 6, ne sont guère évoquées.

Et surtout, la prudence financière, comme les incertitudes sur les financements décidés par l'Etat, conduisent à laisser la plupart des préconisations retenues (comme l'amélioration des coordinations locales) sans engagements financiers supplémentaires.

3.2. Le PRIAC

A défaut des schémas départementaux d'action sociale et médico-sociale, la DRASS s'est appuyée sur les schémas départementaux récemment adoptés par les Conseils généraux ou en cours de finalisation, relatifs aux personnes âgées et aux adultes handicapés (les schémas enfants handicapés sont en cours d'élaboration par les départements et le sujet reste largement dominé par les actions de l'Etat). Le PRIAC, outil de régulation et de programmation

financière, a vocation à fixer et à hiérarchiser de façon pluriannuelle les priorités interdépartementales notamment en fonction des options retenues par les schémas départementaux et d'un objectif de répartition équilibrée des réponses aux besoins des départements et de la région. Le PRIAC offre ainsi l'opportunité de mettre en cohérence la programmation de la collectivité départementale et les orientations de l'Etat que le schéma départemental doit prendre en compte s'agissant des établissements et services financés par l'assurance maladie.

La DRASS a également eu le souci d'articuler le PRIAC avec le SROS de 3^{ème} génération, à tout le moins sur deux volets prioritaires :

- la santé mentale, les travaux préparatoires du SROS ayant mis en évidence des besoins en places de maisons d'accueil spécialisés (MAS) et de foyers d'accueil médicalisé (FAM) pour accueillir des personnes actuellement hospitalisées dans des établissements psychiatriques et susceptibles de bénéficier d'une prise en charge en établissements médico-sociaux, mieux adaptés à leur état de santé;
- la gériatrie, en particulier le développement de la prise en charge des fins de vie, par l'intervention des spécialistes des soins palliatifs dans les EHPAD, mais aussi par la mise en place d'actions de formation pour les personnels travaillant en EHPAD.

Les DDASS se sont chargées de la concertation avec les départements mais également avec les autres services départementaux de l'Etat. Dans le Lot-et-Garonne, cette concertation n'a pas été menée pour le premier PRIAC et ne l'est pas encore pour le second. Certaines associations, qui, compte tenu des délais impartis, n'ont pas été réellement consultées en dehors des consultations pour les schémas, ont relevé que certaines évaluations de besoins (notamment pour les enfants handicapés) étaient devenues obsolètes en raison des rapides évolutions constatées dans l'intégration scolaire.

L'actualisation annuelle du PRIAC doit être l'occasion d'une concertation plus large et plus approfondie qui, d'ailleurs, a commencé en région et dans plusieurs départements.

La DRASS a également, à l'occasion du PRIAC, repris le plan d'action pour les jeunes déficients auditifs et le plan autisme et s'est appuyée sur les études de l'ORSA et du centre régional pour l'enfance et l'adolescence handicapée ou inadaptée (CREAHI).

Le PRIAC se présente essentiellement comme une série de tableaux extrêmement détaillés (par territoire, type d'équipement, public concerné, indicateurs de besoin, capacité, coût, financement, échéancier), répondant à un nombre limité d'objectifs prioritaires au regard de l'équité territoriale d'accès au service : accès au dépistage, à l'évaluation et l'accompagnement précoce, accompagnement en milieu ordinaire, accueil et accompagnement en institution. C'est aussi un instrument de suivi des réalisations.

La DRASS a cherché à faire des demandes réalistes (entre un scénario "plancher" et un scénario "offensif"). C'est pourquoi nos interlocuteurs ont fortement exprimé leur déception devant les décisions de la CNSA qui a, pour les personnes âgées, opéré une répartition départementale différente de celle proposée tout en respectant l'enveloppe régionale et, pour les personnes handicapées, remis en cause des opérations déjà commencées.

A tout le moins, une amélioration sensible du dialogue entre la CNSA et les services déconcentrés de l'Etat apparaît nécessaire afin que la crédibilité de la parole de l'Etat et la valeur des arbitrages rendus ne soient pas affaiblis. Ayant été l'une des cinq régions pilotes, la

DRASS Aquitaine participe au comité de suivi qui envisage une simplification de la maquette du PRIAC et une répartition des matières ne conservant dans l'arrêté du préfet de région que le " noyau dur" des décisions et renvoyant en annexe les orientations. La question de l'opposabilité du PRIAC ne s'en trouverait que renforcée.

3.3. Les politiques stratégiques des caisses.

3.3.1. La CPAM

La CPAM a clairement indiqué ne pas avoir de stratégie personnes âgées ou personnes handicapées. Retenons cependant sa participation active à la MDPH et au fonds départemental de compensation du handicap, sa capacité à rendre compte précisément de ses actions envers ses publics et le poids croissant des orientations nationales par rapport à celui des administrateurs locaux, cette dernière remarque valant tout autant pour la CRAM et la MSA.

3.3.2. La CRAMA

Ses orientations et objectifs sont très dépendants de la COG et du CPG retraite et, dans une moindre mesure, maladie (pour le plan de prévention de la perte d'autonomie). Elle souligne que l'organisation hiérarchique commune des actions sociales maladie et retraite favorise les approches transversales telles la mise en place de l'aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH) ainsi que le mode d'élaboration très concertée des circulaires, permettant de concilier un objectif cible national et la prise en compte des situations locales et régionales.

La période couverte par ces orientations est 2005-2008. Le public cible est constitué par les retraités autonomes (GIR 5 et 6) socialement les plus fragiles et, s'agissant des personnes handicapées, les plus précarisés nécessitant un accompagnement pour la mise en œuvre de leur projet de vie.

La nouvelle politique de la CNAV induit un nouveau dispositif d'évaluation globale débouchant sur un plan d'actions personnalisé permettant de diversifier les modes de réponse au-delà de l'aide ménagère prestataire traditionnelle avec laquelle il coexiste, et d'associer interventions humaines et aides techniques. Ce plan d'aide est valorisé sous la forme d'un devis global dont le financement est assuré pour partie par la CRAMA.

Par ailleurs, est mis progressivement en place le nouveau dispositif ARDH impliquant les établissements de santé et les CLIC.

Ces deux dispositifs sont complétés par un programme de prévention de la perte d'autonomie pour les personnes âgées, commun à la CNAMTS et à la CNAV.

Enfin la CRAMA s'appuie sur le développement des outils de communication et sur la consolidation des partenariats avec les Conseils généraux, les CLIC et les prestataires d'aide à domicile.

3.3.3. *La MSA*

Ses priorités en matière d'action sociale facultative sont les familles (y compris celles des personnes handicapées ou dépendantes), les personnes socialement fragiles, les personnes âgées. Pour ces dernières, deux axes d'activité : la santé et le soutien au maintien à domicile.

En matière de santé, la MSA promeut, avec les "aînés ruraux" de nombreuses actions de prévention, mobilisant médecins conseil et travailleurs sociaux. Elle est également très attentive au retour d'hôpital. Elle a surtout été à l'origine du réseau gérontologique Aliénor dans la zone Marmande –Tonneins qui associe 90% des professionnels de santé, l'hôpital local, les maisons de retraite, les maires, la CPAM. Ce réseau déjà financé par l'URCAM souhaite se développer en CLIC.

En matière d'aide à domicile, outre l'aide ménagère traditionnelle (1300 bénéficiaires) la MSA a développé (avec le Conseil général et les « aînés ruraux ») une activité de télé assistance "présence verte" qui a 3500 clients. Enfin 7 MARPA sont ouvertes et une 8^{ème} est en projet car le besoin de cette forme particulière de logement reste important en zone d'habitat très dispersé et souvent sans confort (comme en témoigne le succès de l'hébergement temporaire l'hiver).

4. La mise en œuvre de l'action sociale pour les personnes âgées

4.1. L'accès aux prestations : information et facilité d'accès aux services

Dans un département comportant des zones rurales desquelles l'accès aux villes principales est mal aisé, il importe que les principaux acteurs de l'action sociale (Conseil général et caisses) opèrent un maillage du territoire serré pour rendre leurs services accessibles à tous. Cependant, les maires et leurs services d'une part, les médecins d'autre part, jouent le premier rôle en la matière.

Le Conseil général du Lot-et-Garonne gère huit centres médico-sociaux (CMS) répartis dans le département. Ils sont polyvalents et réunissent l'ensemble des missions sociales du Conseil général : personnes âgées, handicapées, enfance... Le personnel (infirmières et assistantes sociales) de ces centres médico-sociaux est évalué à 11 ETP (équivalent temps plein).

Le service social de la CRAM Aquitaine repose sur une organisation décentralisée (unités départementales dans les locaux de 5 CPAM et dans 100 lieux d'accueil de proximité sur la région). Il a 17 travailleurs sociaux sur le département. L'accès à l'information est aussi facilité par un portail Internet de plus en plus utilisé.

Le maillage du territoire opéré par la MSA est resserré. En plus du siège à Agen, la MSA a trois antennes locales. Les 16 travailleurs sociaux font des permanences dans les chefs-lieux de Canton une ou plusieurs fois par semaine et font également des visites à domicile.

Outre les dispensateurs de prestations que sont le Conseil général et les caisses, un autre acteur joue un rôle important dans l'information des publics : le CLIC. Selon toutes les personnes rencontrées, l'unique CLIC du Lot-et-Garonne remplit bien ses fonctions même si un certain nombre d'acteurs de terrain estiment que le maillage du territoire n'est pas suffisant et qu'il faudrait soit créer d'autres CLIC soit développer des antennes rattachées au CLIC existant. Le schéma départemental se fait l'écho de cette préoccupation.

4.2. Les prestations à domicile

Les prestations à domicile sont servies par deux acteurs majeurs, le Conseil général et les caisses de sécurité sociale, selon un partage des responsabilités clairement établi : les personnes âgées les plus dépendantes (relevant des GIR 1 à 4) relèvent du Conseil général et les autres (GIR 5 et 6) des caisses de sécurité sociale.

4.2.1. L'orientation des personnes âgées vers le bon interlocuteur au moyen de l'évaluation médico-sociale : la coordination entre les différents partenaires simplifie le parcours des personnes âgées

Les évaluations permettant d'attribuer un GIR à la personne âgée sont réalisées par le Conseil général, les caisses de sécurité sociale et le CLIC. Si la personne âgée s'adressant au Conseil général relève, au terme de l'évaluation pratiquée à domicile par un médecin du Conseil général, d'une prise en charge du Conseil général (GIR 1 à 4), aucune coordination n'est nécessaire. Mais si la personne âgée s'est adressée à un autre interlocuteur que le Conseil général, et qu'au terme de l'évaluation, elle est classée dans un GIR 1 à 4, une coordination doit s'opérer entre l'organisme évaluateur et le Conseil général. La qualité de cette

coordination semble propre à simplifier l'accès aux prestations de la personne âgée puisque celle-ci est adressée directement à l'organisme qui va la prendre en charge sans subir à nouveau une évaluation. En effet, le Conseil général accepte sans procéder à une nouvelle évaluation l'attribution du GIR pratiquée par la MSA ou par le CLIC. Il existe en effet une convention entre le CLIC et la MSA d'une part et le Conseil général d'autre part selon laquelle les évaluations des équipes APA s'imposent au CLIC et à la MSA et réciproquement. En revanche, dans l'actuelle convention entre la MSA et le Conseil général, l'évaluation établie par la MSA ne s'impose pas au département. En effet, si la MSA considère qu'une personne a un GIR 1 à 4, elle renvoie le dossier au Conseil général qui refait l'évaluation. En pratique, il y a peu de différences d'appréciation entre conseil général et MSA.

Inversement, si l'évaluation menée par le Conseil général révèle que le demandeur n'est pas dépendant au regard de la grille AGGIR, c'est-à-dire s'il relève d'un GIR 5 ou 6, la décision de refus d'APA est transmise à sa caisse de retraite pour l'attribution éventuelle de services à domicile, au titre de l'action facultative des caisses. Une convention a été passée entre le Conseil général du Lot-et-Garonne et les caisses de sécurité sociales (CRAM d'Aquitaine, Organic Aquitaine, AVA Nord-Aquitaine, la MSA de Lot-et-Garonne).

Lors des transitions ponctuelles d'un dispositif à un autre (par exemple lors d'un passage d'un GIR 5 à un GIR 4 occasionné par une maladie transitoire), la bonne continuité de la prise en charge est assurée par un accord entre la MSA et le Conseil Général pour qu'une personne passant provisoirement du GIR 5 au GIR 4 reste prise en charge par la MSA.

4.2.2. L'instruction des dossiers

- **L'instruction des dossiers APA : des refus supérieurs à la moyenne**

Les dossiers APA sont constitués dans les mairies, les CCAS, les centres médico-sociaux et transmis pour instruction au Conseil général. Si, après évaluation, le demandeur relève des GIR 1 à 4, le travailleur social propose un plan d'aide qui peut être accepté ou refusé. En cas de refus, l'équipe médico-sociale propose un nouveau plan d'aide. En l'absence de réponse ou de refus exprès, la demande d'APA est considérée comme rejetée. Des possibilités de recours existent auprès de la commission de recours APA et de la commission départementale d'aide sociale.

En 2006, dans le Lot et Garonne plus de 2000 demandes APA ont été présentées. La proportion de demandes acceptées s'élève à 69%, soit 7 points de moins que la moyenne nationale (figure 7). Le Conseil général n'a pas trouvé d'explication à ce taux d'acceptation inférieur.

Figure 7 : Demandes APA dans le Lot-et-Garonne, refus et acceptations en 2006

	nouvelles demandes		révisions	
	nombre	proportion	nombre	proportion
demandes acceptées	1439	69,0%	794	98,8%
demandes rejetées	613	29,4%	2	0,3%
aide supprimée ou sans objet	33	1,6%	8	1,0%
Total	2085	100,0%	804	100,0%

Source : Conseil général

Comme ailleurs, les bénéficiaires de l'APA relèvent majoritairement d'un GIR 3 ou 4. Les personnes très dépendantes (GIR 1) ne constituent que 2% des bénéficiaires (figure 8).

Figure 8 : Bénéficiaires APA selon le GIR dans le Lot-et-Garonne

Nombre de bénéficiaires admis	31/12/2005	31/12/2006	évolution
GIR 1	110	91	-17,3%
GIR 2	668	685	2,5%
GIR 3	994	1024	3,0%
GIR 4	2421	2611	7,8%
Total	4193	4411	5,2%

Source : Conseil général

4.2.3. L'évaluation des besoins de la personne âgée et l'élaboration du plan d'aide à domicile

- par le Conseil général, dans le cadre de l'APA

Le montant de l'APA alloué est déterminé en fonction du GIR de la personne et des besoins définis par le plan d'aide. Dans le Lot-et-Garonne, seuls les travailleurs sociaux du département réalisent les plans d'aide APA en lien avec les prestataires (associations d'aide à domicile, infirmiers...).

- par la CRAM dans le cadre du plan d'action personnalisé des caisses

Les personnes âgées relevant d'un GIR 5 ou 6 peuvent quant à elles bénéficier de prestations des caisses de sécurité sociale. Dans le cadre de la COG 2005-2008, une nouvelle procédure d'évaluation des besoins nommée « Evaluation globale » a été définie. Elle repose sur le principe d'une appréciation globale et individualisée de la situation de la personne. Cette démarche d'évaluation débouche sur la définition d'un plan d'aide individualisé « plan d'actions personnalisé », offrant la possibilité de diversifier les modes de réponse au-delà des prestations traditionnellement prises en compte par la branche retraite et de solvabiliser aussi bien les aides humaines que les aides techniques. La COG demande de renforcer la démarche d'évaluation en constituant un réseau d'évaluateurs spécialisés dans la prévention du vieillissement. Ces évaluateurs doivent être conventionnés, référencés : leur compétence et leur formation doivent se conformer à un cahier des charges national. La CNAV préconise de dissocier la procédure d'évaluation et la procédure de prise en charge de telle sorte que peu à peu soit abandonnée la procédure actuelle de présentation des demandes de prise en charge par les prestataires d'aide ménagère à leur initiative. A la CRAM d'Aquitaine, une telle dissociation est en cours mais la CRAM estime qu'il est impossible de trouver des évaluateurs indépendants des structures d'intervention à domicile. En Aquitaine, l'évaluation est réalisée par 26 organismes (80 personnes) : CLIC, et associations de prestataires. Dans le Lot-et-Garonne, l'évaluation est concentrée sur trois partenaires dont deux sont des structures d'aides à domicile: le CLIC, la FASSAD et l'ADMR.

La coordination de ces évaluations est assez facile puisque le département est très structuré et les prestataires concentrés. L'homogénéisation des pratiques d'évaluation est assurée par des échanges entre les différents partenaires et l'existence d'un cahier des charges. Les conditions de l'évaluation sont définies par une convention entre la CRAM et l'évaluateur². D'après les

² L'acte d'évaluation est payé par la caisse 100 euros par an et par bénéficiaire. Cet acte comprend l'évaluation initiale, la préconisation, l'organisation et la mise en œuvre du plan d'actions, les évaluations intermédiaires et le suivi. Si l'évaluation n'est pas complétée par l'élaboration d'un plan d'actions personnalisée, elle est rémunérée 60 euros. Le cahier des charges

conventions entre la CRAM Aquitaine et les instances d'évaluation du Lot-et-Garonne (les deux fédérations FASSAD et ADMR et le CLIC Regain), un suivi régulier des évaluateurs est assuré par la caisse : celle-ci adresse un questionnaire portant sur l'activité d'évaluation et peut éventuellement procéder à un contrôle de la structure ou de la personne âgée bénéficiant d'une évaluation et/ou d'un plan d'aide.

Les caisses proposent, outre le plan d'actions personnalisé, une autre prestation, l'aide au retour à domicile après hospitalisation. En ce qui concerne ce dispositif, l'évaluation des besoins des personnes associe les établissements de santé et le service social de l'assurance maladie.

Figure 9 : Evaluations réalisées pour la CRAM Aquitaine, dans le département du Lot-et-Garonne en un an

FASSAD 47	964
ADMR 47	316
CLIC REGAIN	25
Service Social 47	2
Total	1307

Sources : CRAM

Champ : évaluations réalisées dans le Lot-et-Garonne entre le 31 août 2005 et le 1^{er} septembre 2006

4.2.4 Le contenu des plans d'aide : quelle adéquation aux besoins ?

Le contenu des plans APA

L'APA sert à couvrir les dépenses figurant au plan d'aide mais une participation financière, dont le montant varie en fonction des revenus du bénéficiaire, est laissée à la charge de ce dernier, d'où des refus de plan d'aide lorsque le reste à charge est trop élevé pour la personne âgée. Aucune évaluation de l'ampleur et des motivations de ces refus n'est disponible pour l'instant. Le montant global des plans d'aide est proche de la moyenne nationale (figure 10). Mais les bénéficiaires étant plus pauvres, la part financée par le Conseil général est supérieure à la moyenne (419 euros contre 378 en moyenne nationale) et la somme restant à la charge du bénéficiaire est inférieure : 55 euros contre 78 euros en moyenne nationale (figure 11). Il s'agit bien sûr d'une moyenne qui agrège les personnes n'acquittant aucune participation et celles en acquittant une. Si l'on se restreint aux seules personnes acquittant une participation financière, le montant moyen du reste à charge est de 20% inférieur à la moyenne nationale (89 euros dans le Lot-et-Garonne contre 109 euros).

Figure 10 : Montant des plans d'aide (part financée par le Conseil général + participation du bénéficiaire)

Plan d'aide payé par le CG + participation du bénéficiaire	Lot-et-Garonne	France entière	Montant maximum des plans d'aide
GIR 1	837,34 €	912,00 €	1 168,76 €
GIR 2	736,67 €	724,00 €	1 001,79 €
GIR 3	556,92 €	544,00 €	751,34 €
GIR 4	359,32 €	341,00 €	500,90 €
Plan d'aide moyen	473,65 €	476,00 €	

Source : Conseil général

Figure 11 : Financement du Conseil général et participation des bénéficiaires dans le plan d'aide APA

Plan d'aide moyen	Lot-et-Garonne		France entière	
	Plan d'aide payé par le CG	Participation moyenne des bénéficiaires	Plan d'aide payé par le CG	Participation des bénéficiaires
GIR 1	751,24 €	86,10 €	765,00 €	147,00 €
GIR 2	648,59 €	80,80 €	596,00 €	128,00 €
GIR 3	490,46 €	66,46 €	455,00 €	89,00 €
GIR 4	319,30 €	40,02 €	288,00 €	53,00 €
moyenne	419,08 €	54,57 €	398,00 €	78,00 €

Source : Conseil général

L'aide ménagère à domicile est le type d'aide le plus dispensé dans le plan APA. La quasi-totalité des ressortissants de l'APA en bénéficient, mais les plans d'aide permettent aussi de financer des aides plus variées : hygiène, hébergement temporaire, accueil de jour, portage de repas (figure 12).

Figure 12 : le contenu des plans d'aide APA dans le Lot-et-Garonne

Type d'aide	Nombre de bénéficiaires
Aide domicile	4409
familles d'accueil forfait MARPA	156
portage de repas	279
frais d'hygiène	658
télésecurité	577
hébergement temporaire et accueil de jour	489

Champ : bénéficiaires de l'APA à domicile au 30/11/2006.

Lecture : Une même personne peut avoir plusieurs types d'aides.

Source : Données Conseil général, retraitement IGAS

En l'absence d'études, il est difficile d'évaluer l'adéquation des plans d'aide aux besoins de la personne. On peut seulement noter que les associations d'aide à domicile déplorent un nombre d'heures trop faible ainsi que le manque de précision des plans d'aide.

- Le contenu des plans d'aides des caisses (plan d'aide personnalisé et retour à domicile après hospitalisation)

- **Les aides octroyées dans le cadre du plan d'aide personnalisé**

Conformément aux orientations nationales, les modalités d'intervention de la CRAM se diversifient et ne se limitent plus à l'attribution d'heures d'aide ménagère à domicile dans le cadre prestataire. Le plan d'aide prévoit de plus en plus d'autres services (portage de repas, aide aux courses, aux déplacements) ou d'autres actions (aménagement de l'habitat, participation à des actions collectives de prévention). Le montant des aides versées ainsi que le nombre de personnes aidées a diminué entre 2000 et 2005 (figure 13). Là encore, les associations d'aide à domicile déplorent cette baisse. En l'absence d'études auprès des bénéficiaires, il est difficile d'estimer la pertinence de ce constat.

Figure 13 : les aides individuelles aux personnes âgées octroyées par la CRAM dans le Lot-et-Garonne en 2000 et 2005

AIDES INDIVIDUELLES	montant des aides versées		nombre de personnes aidées	
	2000	2005	2000	2005
Aide ménagère	2 680 247,64 €	1 997 627,00 €	2 226	1 851
Evaluation	- €	24 680,00 €	-	225
Plan d'aide personnalisé	- €			
Aide au retour à domicile après Hospitalisation	- €	32 888,59 €	-	112
Garde à domicile	15 916,13 €	2 866,75 €	29	3
Amélioration Habitat	272 229,00 €	273 237,00 €	236	211
Adaptation logement	- €		-	
Secours	6 106,80 €	5 911,00 €	15	15
Télé-assistance	20 508,97 €	12 403,00 €	147	75
Dépannage à domicile	- €	- €	-	-
Hébergement Temporaire	- €	805,16 €	-	2
Aides aux vacances	4 736,59 €	- €	52	-
Total	2 999 745,13 €	2 350 418,50 €	2 705	2 494

Source : CRAM Aquitaine

L'Aide au retour à domicile après hospitalisation

Un bilan du dispositif d'aide à domicile dans le Lot-et-Garonne réalisé par la CRAM pour la période du 27/10/2003 au 27/10/2004 permet de tirer quelques constats. Les besoins majeurs concernent l'aide au ménage puis l'aide aux courses et aux déplacements et l'aide aux repas. Les montants mobilisés restent modestes : un peu plus de 400 euros en moyenne. La mise en œuvre du plan d'aide élaboré est très partielle : dans un tiers des cas, le niveau de réalisation effectif est inférieur à l'accord prévu dans le plan d'aide. Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer ce fait : besoin surestimé, aide trop coûteuse, complexité de la prestation, mobilisation d'autres dispositifs.

L'aide octroyée par la MSA

La MSA est très présente dans le Lot-et-Garonne, département rural. Les critères d'attribution des aides par la MSA sont, selon les acteurs de terrain, très restrictifs. Selon les associations

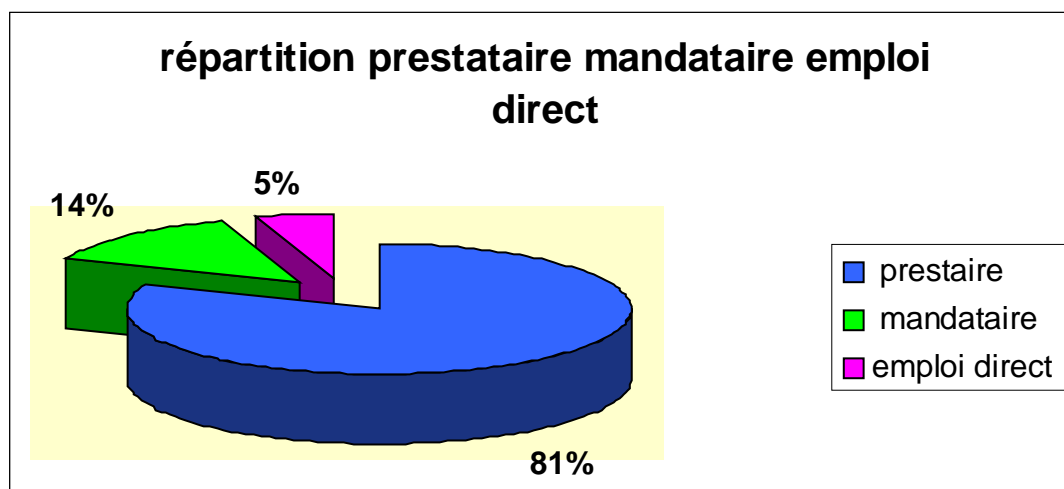
d'aide à domicile, une personne relevant d'un GIR 5-6 se voit proposer en moyenne 2 heures par mois s'il relève de la MSA et 12 heures s'il relève de la CRAM.

4.2.5. La mise en œuvre des plans d'aide à domicile

- **La mise en œuvre du plan d'aide dans le cadre de l'APA**

Les bénéficiaires de l'APA peuvent choisir de recourir à un prestataire ou d'employer, directement (gré à gré) ou par l'intermédiaire d'un mandataire, une ou plusieurs personnes intervenant à leur domicile. Les prestataires sont majoritairement des associations regroupées dans les deux fédérations FASSAD et ADMR. Les plans d'aide en gré à gré et mandataire sont versés directement à la personne sous réserve de réception de la déclaration d'embauche URSSAF et le prestataire payé aux associations sur factures. Pour les aides à la personne (aide à la toilette, habillage, aide aux repas), les travailleurs médico-sociaux privilégient les auxiliaires de vie et, pour l'aide à l'entretien du logement, ils font appel aux aides à domicile. Au total, le mode prestataire concerne quatre bénéficiaires sur 5 (cf. figure 14).

Figure 14 : Mode d'intervention dans le cadre de l'APA dans le Lot-et-Garonne



Source : Conseil général

- **Des tarifs jugés trop faibles d'où des surfacturations à l'utilisateur**

Le tarif horaire de l'aide ménagère à domicile accordé par le Conseil général dans le cadre de l'APA varie entre 8,70 euros en mode gré à gré et 15,30 euros en mode prestataire (figure 15). Ces tarifs sont inférieurs à ceux de la CRAM (16,68 euros les jours ouvrables et 19,35 euros les dimanches et jours fériés) mais vont être augmentés en 2007 à 15,70 euros, conformément aux souhaits des fédérations. La MSA, quant à elle, paie 14,50 euros de l'heure.

Les associations d'aide à domicile estiment ces tarifs insuffisants pour couvrir leurs frais, surtout celles qui interviennent dans des zones éloignées et ont donc un coût plus élevé. Les conventions signées entre le Conseil général et les fédérations visent à établir des mécanismes de péréquation pour prendre en compte les différences de tarifs entre associations : le tarif de 15,30 euros indiqué est un taux moyen versé aux fédérations qui introduisent elles-mêmes ensuite des mécanismes de péréquation dans le reversement aux associations. En dépit de ce

mécanisme, certaines associations (notamment des mandataires) surfacturent à l'utilisateur. Cette surfacturation, qui prend parfois la forme de frais de dossier, est de l'ordre de 1 à 1,5 euros, selon le Conseil général. Les associations prestataires peuvent aussi surfacturer des frais de déplacements.

Figure 15 : Tarifs horaires d'aide à domicile selon le financeur dans le Lot-et-Garonne, en euros

Conseil général (APA)			CRAM		MSA
gré à gré	mandataire	prestataire	jours ouvrables	jours fériés	
8,7	11,59	15,30	16,68	19,35	14,5

Sources : Conseil général, CRAM, MSA

4.2.6. Le suivi des prestations et des bénéficiaires

Le signalement des modifications de l'état de la personne repose sur une bonne coordination entre les associations d'aide à domicile, les fédérations et le Conseil général. La remontée d'information se fait bien, selon les différents interlocuteurs.

- Le suivi des bénéficiaires

Le signalement des modifications de l'état de la personne repose sur une bonne coordination entre les associations d'aide à domicile, les fédérations et le Conseil général. La remontée d'information se fait bien, selon les différents interlocuteurs.

- Le suivi de la mise en œuvre du plan d'aide

• par le Conseil général

Dans le cadre de l'APA, le financeur n'exerce aucun suivi de la qualité des prestations : le Conseil général délègue aux fédérations le suivi des associations. Celui-ci a signé deux conventions avec les fédérations d'associations d'aide à domicile, la FASSAD et l'ADMR. Il demande aux fédérations de diffuser les bonnes pratiques de gestion : mise en place de planning, péréquation des tarifs entre les associations selon leurs frais de déplacements, la structure des personnels. Les fédérations doivent ensuite faire un compte rendu au Conseil général. Ce dernier ne suit donc pas directement la qualité du travail des associations ; il se fie aux évaluations des fédérations. Il n'a pas connaissance de plainte d'utilisateur.

• par la CRAM

La CRAM Aquitaine a engagé une démarche qualité avec les prestataires de services. Cette démarche touche quatre grands domaines : l'organisation du recrutement et le suivi du personnel, l'organisation du travail et le suivi de la prestation, la gestion administrative de la structure, l'intégration de la structure au niveau local. Pour mener plus facilement cette démarche qualité, la CRAM a incité les structures conventionnées à se regrouper.

• La qualité des prestations

La plupart des acteurs rencontrés s'accordent sur la bonne qualité des prestations dispensées par les associations d'aide à domicile. Celles-ci couvrent bien l'ensemble du territoire. Leur personnel est plus qualifié que la moyenne (46% de diplômés). La MSA organise des formations pour améliorer la professionnalisation des personnels, environ 4 stages par an mais

les fédérations d'aide à domicile estiment que c'est insuffisant. Les seuls problèmes qui nous ont été rapportés concernent le mode gré à gré.

Si la qualité semble satisfaisante, la question des tarifs pratiqués par les associations d'aide à domicile mériterait d'être creusée. Pour compenser les montants des aides versées par le Conseil Général et les caisses qu'ils estiment trop faibles, certains prestataires surfactureraient les heures d'aide à domicile.

4.2.7. L'action sociale facultative des collectivités territoriales

Indépendamment de l'aide accordée dans le cadre de l'APA, le Conseil général du Lot-et-Garonne ne finance pas d'action sociale facultative. Certaines mairies ou certains CCAS ont pris des mesures qui s'apparentent à de l'aide sociale facultative mais ces initiatives sont trop cloisonnées et particulières pour qu'on puisse en dresser un tableau exhaustif.

4.3.2. Quelles solutions intermédiaires entre maintien à domicile et hébergement ?

- **Le manque de structures d'accueil temporaire et d'accueil de jour**

Dans le Lot-et-Garonne, il n'existe qu'un petit nombre de structures d'accueil temporaire et d'accueil de jour. Le nombre de refus (80 par an) de la structure localisée dans le petit village de Coulx³ laisse supposer une demande importante dans ce domaine. Les besoins en structures d'accueil temporaire et de jour trouvent leur justification dans la nécessité d'alléger les charges pesant sur les aidants familiaux. De plus, l'état de vétusté et d'insalubrité des logements de certaines personnes âgées rendent nécessaires la création de structures leur permettant de passer les mois d'hiver. Les gestionnaires de la structure visitée soulignent que la réussite de l'accueil temporaire est liée à l'organisation d'un transport conjointement à l'accueil de jour/temporaire. Une telle structure nécessite des financements publics pour atteindre un équilibre financier et pour que le reste à charge ne soit pas trop élevé pour les familles. Même si l'accueil temporaire n'était pas dans les premières priorités des différents acteurs, la mairie, le Conseil général, la DGE ont assuré par leur concours (mise en conformité du local par la mairie, subventions exceptionnelles du Conseil général et de la DGE) la réalisation du projet. Le schéma actuel est favorable au développement de ces structures. Un accord entre l'Etat et le Conseil général va permettre l'ouverture de deux nouvelles structures médicalisées et un autre projet augmentera le nombre de places de ces structures autonomes.

- **Le manque de soins infirmiers à domicile ?**

Certains interlocuteurs ont rapporté qu'il devenait difficile d'obtenir des soins infirmiers, faute d'un nombre suffisant d'infirmiers libéraux, notamment dans les zones les plus rurales du département..

³ L'accueil temporaire accueille 60 personnes par an, pour des durées inférieures à trois mois. L'accueil de jour met à disposition 6 places. Actuellement, un projet d'agrandissement est en cours (passage des 5 lits d'accueil temporaire à 10 puis 15 lits). L'accueil de jour est facturé 29 euros transport compris. L'APA permet de financer 26 euros. L'accueil temporaire coûte 51,5 euros. L'APA permet de financer 40 euros. La CRAM finance un nombre déterminé de places par an, le surplus est à la charge du bénéficiaire. La MSA rembourse une partie des frais.

5. La mise en œuvre de l'action sociale en direction des personnes handicapées

5.1. La mise en place de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

5.1.1. La création de la MDPH

Dans le Lot-et-Garonne, tous les acteurs concernés se sont fortement mobilisés pour mettre en place la MDPH, même si le Conseil général regrette le désengagement de certains.

La MDPH prend la forme d'un GIP. Cette formule permet d'associer dans un même lieu l'ensemble des acteurs de la politique du handicap. Les membres du GIP (Conseil général, Etat, CPAM, CAF, MSA, Mutualité française) contribuent tous au fonctionnement de la MDPH par des apports financiers ou humains.

5.1.2. Les moyens de la MDPH

Une partie du personnel provient de transfert des COTOREP et SVA au GIP MDPH sous forme de mises à disposition. Le Conseil général, grâce à un redéploiement de personnel, complète cet apport. Le Conseil général a fourni un local ainsi que l'apport de ses services logistique et informatique. Dans le Lot-et-Garonne, la MDPH apparaît fortement intégrée au Conseil général. Une preuve supplémentaire de cette intégration et de l'implication du département en est la double fonction du directeur de la MDPH, directeur général adjoint chargé de l'action sociale.

5.1.3. L'organisation de la MDPH

- **La commission exécutive**

Les membres de la commission exécutive proviennent pour moitié du Conseil général, mais aussi des associations (un quart) et de l'Etat (également un quart).

- **La commission des droits et de l'autonomie (CDA)**

Les décisions sont prises par la Commission des droits et de l'autonomie (CDA), regroupant les anciennes commissions CDES et COTOREP mais désormais ouverte à l'ensemble des acteurs de la politique pour les personnes handicapées : y siègent des représentants du département, de l'Etat, des organismes de Sécurité sociale, des associations, des familles. Ses décisions s'imposent aux établissements d'accueil (dans la mesure où ils disposent de places disponibles), aux organismes financeurs et aux intéressés. Elles sont motivées et susceptibles d'appel devant la juridiction du contentieux technique de la Sécurité sociale. Dans le Lot-et-Garonne, la CDA est très ouverte sur le monde associatif.

La commission plénière contient 23 membres et se réunit chaque mois pour examiner les nouvelles demandes. Les dossiers plus simples (renouvellements des droits et des prestations) sont traités en commission simplifiée de 4 membres.

5.2. La prestation de compensation du handicap (PCH)

- **Instruction, évaluation du handicap et construction du plan d'aide**

Si elle n'a pas d'antenne locale, la MDPH dispose de relais locaux. En effet, le dossier est rempli par les mairies et les associations et, ensuite, est renvoyé à la MDPH. Les travailleurs médico-sociaux des centres médico-sociaux répartis en 6 secteurs organisent alors une visite au domicile du demandeur. Un médecin se rend ensuite chez la personne pour évaluer son handicap. Cette évaluation repose sur un guide d'évaluation multidimensionnel national. Le résultat de l'évaluation remonte au centre médico-social puis est centralisé et analysé à la MDPH pour cibler la nature du handicap. L'évaluation est alors transmise à un travailleur médico-social qui se rend au domicile de la personne pour établir son plan d'aide et faire un devis.

- **Une mise en place progressive de la PCH**

La plupart des acteurs estiment que la mise en place de la PCH et la création de la MDPH peuvent inciter des publics jusque là inconnus des services sociaux à demander une prestation. Pour l'instant, la montée en régime de la PCH a pourtant été lente. Dans le Lot-et-Garonne, 508 dossiers ont été reçus entre janvier et novembre 2006. Sur ces 508, 370 ont été traités soit pratiquement les trois quarts. Sur les 370 dossiers traités certains ne l'ont été que partiellement : toutes les aides n'ont pas été tranchées en même temps. L'aide humaine a été mise en place le plus rapidement.

Sur ces dossiers traités, il y a plus de rejets que de dossiers acceptés : 215 rejets pour 155 dossiers acceptés. La première cause de rejet (plus de la moitié) provient des conditions d'incapacité non remplies. Vient ensuite le choix de garder l'ACTP (41 personnes sur les 215 rejets) : 1 rejet sur 5 s'explique par la préférence pour ACTP. Le reste des rejets s'explique par d'autres raisons : annulation de la demande, départ du département, décès...

Notons aussi que certains publics accèdent toujours difficilement aux prestations. Les handicapés psychiques notamment se heurtent à deux problèmes. Tout d'abord, la faiblesse des liens entre hôpitaux psychiatriques et services sociaux les empêchent d'accéder à la PCH. Ensuite, la mise en place des plans d'aide est plus difficile pour ces publics que pour d'autres.

- **Description d'un plan d'aide PCH**

Le plan personnalisé de compensation comprend le rappel des besoins de compensation identifiés et les réponses qui sont proposées à l'aune de l'évaluation. Les besoins de compensation ont trait au logement, à l'accueil et à l'accompagnement médico-social, à la réalisation des actes essentiels de la vie, en matière de sécurité et de communication, aux activités domestiques, aux déplacements. In fine le plan de compensation intègre également le projet personnel relatif à la scolarisation ou à l'insertion professionnelle. La prise en compte de ces besoins se traduit par l'attribution d'aides humaines, d'aides techniques, par l'aménagement des lieux de vie, par la mise en place d'aides spécifiques et exceptionnelles. L'aide humaine constitue la plus grande part des prestations mensuelles attribuées (figure 16). Outre ces aides mensuelles, des prestations ponctuelles peuvent être attribuées (figure 17).

Figure 16 : Prestations mensuelles PCH servies dans le Lot-et-Garonne en novembre 2006

Prestations mensuelles	nombre	coût	montant moyen	montant le plus élevé	montant le plus bas
aides de personnel dont	107	86 520 €	808 €	4 589 €	24 €
prestataire (aide à domicile)	74	38 942 €	526 €	1 484 €	199 €
prestataire (auxiliaire de vie)	38	34 618 €	911 €	4 589 €	29 €
mandataire (aide à domicile)	3	3 384 €	1 128 €	2 793 €	243 €
mandataire (auxiliaire de vie)	2	1 067 €	533 €	1 042 €	24 €
emploi direct (aide à domicile)	6	4 889 €	815 €	1 314 €	191 €
emploi direct (auxiliaire de vie)	3	3 175 €	1 062 €	1 389 €	551 €
garde itinérante	2	436 €	218 €	258 €	178 €
aides familiales dont	29	12 060 €	416 €	1 303 €	93 €
renoncement activité professionnelle	8	4 792 €	599 €	1 303 €	129 €
dédommagement membre de la famille	21	7 268 €	346 €	819 €	93 €
frais de portage de repas	6	446 €	74 €	106 €	26 €
charges spécifiques	37	2 295 €	62 €	167 €	10 €
aides animalières	1	50 €	50 €		
Total des prestations mensuelles	129	101370,88	786 €	5 305 €	25 €

Source : Conseil général

Lecture : 129 personnes bénéficient d'une aide mensuelle en novembre 2006. Un même bénéficiaire peut avoir plusieurs aides d'où l'écart entre le total des aides et le total des bénéficiaires.

Figure 17 : Prestations ponctuelles attribuées par le Lot-et-Garonne en novembre 2006

Prestations ponctuelles	nombre	coût	montant moyen	montant le plus élevé	montant le plus bas
Aides techniques	36	53 378 €	1 480 €	12 713 €	5 €
Aides à l'aménagement du logement	11	36 832 €	3 069 €	10 000 €	287 €
Charges exceptionnelles	1	360 €			
Aides à l'aménagement du véhicule	12	32 257 €	2 688 €	5 000 €	347 €
Total des prestations ponctuelles	51	122 828 €	2 406 €	12 713 €	5 €

Source : Conseil général

- **Suivi des bénéficiaires, qualité des prestations**

Une fois que le plan aide est établi, le travailleur social rend visite à la personne pour vérifier l'adéquation du plan aux besoins. Contrairement à l'APA pour laquelle des conventions qualité ont été mises en place avec les associations d'aide à domicile, un tel conventionnement n'existe pas pour la PCH.

- **Décision, coordination avec les autres partenaires et recours**

Toutes les nouvelles demandes de plan d'aide sont discutées en CDA. Il existe trois modalités de recours en cas de refus d'un plan d'aide PCH. En cas de recours gracieux, la personne handicapée bénéficie d'une nouvelle évaluation de sa situation et peut être entendue à sa demande par la commission en formation plénière ou en formation simplifiée.

**Annexe 5 Eléments sur l'action sociale en direction des personnes âgées
et des personnes handicapées dans le département du Nord**

1. Les personnes âgées et les personnes handicapées dans le département du Nord

Le département du Nord est le premier département de France par la population (2 577 492 au 1/01/ 2004⁴). C'est un département relativement étendu et très urbanisé (avec une densité de 449 habitants au kilomètre carré et 55 communes de plus de 10 000 habitants). En terme de situation socio-économique, le département se classe au 52 ème rang pour la richesse en terme de PIB par habitant. Mais le taux de chômage (13,4 fin 2005) est nettement supérieur à la moyenne nationale (9,6 à cette date). Une partie significative de la population est en situation de précarité : le Nord comptait, en fin d'année 2005, 70 760 bénéficiaires du RMI, soit un taux de 50, 2 pour 1000 personnes contre 33,1 au niveau national.

1.1 Les personnes âgées

Le département du Nord, situé dans la région la plus jeune de France, se distingue par une proportion de personnes âgées inférieure à la moyenne nationale (voir tableau ci-dessous). L'indice de vieillissement (calculé à partir du pourcentage de personnes de plus de 65 ans et plus pour 1000 personnes de moins de 20 ans) est pour le Nord de 47, 7 contre 65,3 pour la France.

Répartition par tranche d'âge

Tranche d'âge	Département/ commune 2004		Données nationales 2004	
	nombre	%	nombre	%
< 19 ans	731.110	28.4	15.095.162	25.0
20-59 ans	1.408.760	54.7	32.769.265	54.3
60-64	88.577	3.4	2.625.170	4.3
65-74	186.849	7.2	5.103.905	8.5
75 ou +	162.196	6.3	4.746.498	7.9
Total population	2.577.492	100.0	60.340.000	100.0

Source DREES/STATISS

Tableau : Estimation du nombre de personnes âgées par groupes d'âge au 1er janvier 2006 (source INSEE)

	Nord	% dans la population totale	France métropolitaine	% dans la population totale
60 à 74 ans	275 339	11	7 706 472	13
75 à 89 ans	158 262	6	4 528 927	8
90ans et plus	12 417	0	486 918	1
Population des 60 ans et plus	446 008	17	12 722 317	21
Population totale	2581 105	100	60 212 061	100

Comme le fait apparaître le diagnostic effectué à l'occasion de la préparation du plan départemental solidarité santé, le Nord connaît une situation sanitaire préoccupante dans un contexte de fortes difficultés socio-économiques. L'espérance de vie est nettement inférieure à la moyenne nationale : 72,9 ans chez les hommes et 80,9 ans chez les femmes dans le Nord en 2002, à comparer à 75,8 ans et 82,9 ans pour la France entière. Les personnes âgées connaissent des difficultés de santé sensiblement plus fortes qu'ailleurs. C'est notamment lié

⁴ Source données INSEE /STATIS comme pour tous les éléments statistiques mentionnés dans cette partie

à une forte prévalence des pathologies (telles que les cancers) liées à la consommation excessive d'alcool et de tabac mais aussi à des facteurs alimentaires et environnementaux au sens large (et notamment les conditions de travail)

Dans ce contexte, la prévalence de la dépendance est assez forte. Le nombre des personnes classées dans les GIR un à quatre atteignait 26 906 (voir tableau ci dessous). Les études menées par l'INSEE dans le prolongement de l'enquête Handicap Invalidité Dépendance (HID) ont fait apparaître que le taux de dépendance (c'est à dire le rapport entre le nombre de personnes âgées dépendantes et celui du nombre total de personnes âgées) est plus élevé dans le Nord que dans le reste du pays⁵ : 7,6 % des plus de 60 ans dans le Nord contre 6,7 au niveau national.

Tableau : répartition des personnes âgées dépendantes identifiées, entre domicile et institution, par groupe iso ressources (GIR) : Estimation pour personnes âgées de 60 ans et +

	A domicile	En établissement	Ensemble
GIR 1	NC	NC	2.099
GIR 2	NC	NC	8.583
GIR 3	NC	NC	6.834
GIR 4	NC	NC	9.390
Ensemble GIR 1-4	18.345	8.560	26.906
GIR 5	NC	NC	NC
GIR 6	NC	NC	NC
Ensemble GIR 5-6	407.414	6.787	414.201
GIR inconnu	NC	NC	NC
Total	425.759	15.347	441.106

Sources : INSEE – Enquête HID 99 – DRASS 59

Cette situation a des conséquences sur les lieux de vie des personnes âgées et donc sur le partage entre vie dans le logement personnel et la prise en charge dans un établissement spécialisé. Une part des personnes âgées, significative mais relativement un peu moins élevée que dans le reste du pays, était prise charge en institutions. La proportion des personnes âgées qui vivent en institution augmente avec l'âge : en 1999 pour l'ensemble de la région Nord Pas de Calais, le pourcentage des personnes qui vivaient en maison de retraites allait de 1% pour la tranche d'âge 60-74 ans à 10% chez les plus de 80 ans.

Dans ce contexte socio-démographique spécifique a été développé une offre importante de service et d'établissements.

Éléments sur l'offre d'accueil en faveur des personnes âgées

Données 2005	Département du Nord	France métropolitaine
Maison de retraite		
Nombre d'établissements	197	6 416
Nombre de lits	13 509	440 872
Dont lits EHPAD	10 742	266 227
Foyers logements		
Nombre d'établissements	100	2 966
Nombre de lits	6 481	155 416
Dont lits EHPAD	466	13 583

⁵Voir l'étude « Les personnes âgées dépendantes à l'horizon 2015 : étude sur le département du Nord » dans Pages de Profil n° 9 septembre 2006 INSEE Nord- Pas de Calais

Lits d'hébergement temporaire	161	7 373
Accueil de jour		
Nombre de places	104	2 274
Services de soins à domicile		
Nombre de services	68	1 912
Nombre de places	3 061	78 848
Taux d'équipement (taux pour 1000 habitants de 75 ans ou plus)		
Structures d'hébergement de personnes âgées	124,24	127,18
Places de service de soins à domicile	18,87	16,61
Nombre de bénéficiaires de l'APA	33 852	854 482
Taux de bénéficiaires de l'APA	208,71	180

Source DREES/STATISS

1.2 Les personnes handicapées

La connaissance des personnes handicapées est plus lacunaire que celle des personnes âgées. Il n'existe pas de système d'information permettant de connaître et de suivre pour les adultes la population par type de handicap. En fait c'est surtout à travers la prise en charge par les dispositifs d'aide, et notamment les hébergements, qu'est appréhendée la population concernée. Ainsi la DDASS a mis en place, en liaison avec les établissements et les organismes gestionnaires, un système de repérage des besoins à partir de l'étude et de la consolidation des listes d'attente. Mais il apparaît que beaucoup de personnes potentiellement concernées n'expriment pas spontanément leurs besoins d'accompagnement et d'aide sociale surtout s'agissant des aides à domicile.

Dans le département du Nord, 39 769 personnes bénéficient de l'AAH à comparer aux 760 000 allocataires du niveau national, soit un ratio de 21,5 pour 1000 habitants contre 16,8 dans l'ensemble du pays. En terme d'équipement, le département du nord connaît une situation assez proche de la moyenne nationale, mais il connaît une situation de tension qui se traduit par l'accueil de très nombreuses personnes handicapées en Belgique.

Tableau des équipements pour personnes handicapées à fin 2005

Type d'établissements	Nord	France entière
Maison d'accueils spécialisée (MAS)	0,55	0,5
Foyer de vie	1,21	1,19
Foyer d'accueil médicalisé (FAM)	0,11	0,32
Etablissements et services d'aide par le travail	3,42	3,03
Taux d'équipement global en lits et place pour en enfants	8,67	8,64

source DRESS STATIS

Description de l'offre d'accueil en faveur des personnes handicapées

Données 2005	Département du Nord	France métropolitaine
Foyers d'hébergement		
Nombre d'établissements	73	1 303
Nombre de lits	1 575	38 333
Maison d'accueil spécialisée		
Nombre d'établissements	16	428
Nombre de lits	770	16 508
Foyers de vie		
Nombre d'établissements	45	1 203
Nombre de lits	1 622	39 010
Foyers d'accueil médicalisé		
Nombre d'établissements	9	376
Nombre de lits	148	10 551
Services de soins à domicile (nombre de places)	18	866
Taux d'équipement (places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans)		
MAS	0,55	0,50
Foyer de vie	1,15	1,19
Foyer d'accueil médicalisé	0,11	0,32

Source DREES/STATISS

Pour l'ensemble de l'offre de service en direction des personnes âgées et handicapées, il faut souligner qu'une particularité forte du département du Nord est le très haut niveau des placements en Belgique. Cette situation, qui obéit à un ensemble de causes complexes (et qui ne limitent pas à l'insuffisance du volume d'hébergement), traduit une forme d'inadéquation entre les besoins d'accompagnement social et l'offre des services à domicile et en institutions dans le Nord. L'existence de ce phénomène doit inciter les responsables à développer l'analyse des besoins.

2. Le pilotage de l'action sociale

2.1. Le département du Nord :

Dans le cadre de la loi du 13 août 2004, le département s'est vu reconnaître des compétences élargies dans le domaine des politiques sociales. Pour les mettre en œuvre, les responsables ont amplifié des évolutions déjà engagées dans les années antérieures, que ce soit en matière de territorialisation, de renforcement des moyens budgétaires et de méthodes de pilotage et d'animation.

2.1.1 Organisation et budget

Le président du conseil général assure ses fonctions avec l'aide de 15 vices présidents dont 5 sont en charge de questions sociales, et notamment un pour les actions concernant les personnes âgées et un autre pour celles concernant les personnes handicapées. Dans le cadre de la nouvelle politique concernant les CLIC (voir plus loin), un conseiller général référent sera désigné pour suivre la coordination gérontologique dans le ressort de chacun des CLIC. L'assemblée départementale a consacré une partie importante de ses travaux lors de sa session de novembre 2006 à l'adoption du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale.

Les services du conseil général sont organisés aux deux niveaux, central et déconcentré. Au siège, il existe une direction de la solidarité aux personnes âgées et aux personnes handicapées (DSPAPH). Elle pilote et anime toutes les actions du département dans ces domaines. Elle exerce aussi la tutelle administrative et financière sur la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Au niveau territorial, l'action sociale est gérée par 8 directions territoriales qui elles-mêmes regroupent 42 unités territoriales (circonscriptions) qui comprennent les services sociaux départementaux, la PMI et l'ASE. Pour les personnes âgées et les personnes handicapés, il y a un chargé de mission dans chaque circonscription. Par ailleurs le département a développé une formule de « points relais services » : ces structures, au nombre de 13, sont des antennes légères qui ont essentiellement une mission d'information et d'accompagnement dans les démarches des usagers, par exemple pour l'APA et la PCH

La gestion des interventions en direction des personnes âgées et des personnes handicapées est assez centralisée. Les responsabilités des échelons territoriaux sont limitées. Ainsi les dossiers APA peuvent être déposés dans les unités territoriales mais l'instruction des dossiers est gérée au niveau central. La DSPAPH va engager une déconcentration des procédures en lien avec le développement des CLIC et la mise en place de la MDPH (voir plus loin).

Le budget 2006 du département du Nord s'élève à 2 641 M€ en hausse de 8,9 % par rapport à 2005. Les dépenses d'action sociale atteignent 689 M€ auxquels s'ajoutent 190 M€ pour l'APA.

L'action du département a été organisée dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (SDOSMS) 2007-2011. Le conseil général a mis en place un Conseil du Développement Social qui rassemble notamment des associations représentant les personnes âgées et les personnes handicapées. Par ailleurs, le conseil général s'appuie sur le CODERPA dont l'action a été relancée à la fin de l'année 2006 (cf. infra).

Dans le domaine personnes âgées, le Conseil général intervient en partenariat avec la CRAM dans le cadre d'une convention signée le 12 décembre 2003 et qui organise le travail en commun, notamment pour la gestion de l'APA.

2.1.2 Les actions gérées par le conseil général

Pour les personnes âgées, la politique suivie par le conseil général vise à permettre aux personnes de choisir librement leur lieu de vie. Les prestations offertes aux personnes correspondent à des obligations légales ou facultatives :

- l'attribution et le financement de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) ; 188 M€ en 2005 représentant 66 % de l'effort total du département en matière de personnes âgées ; l'APA bénéficiait à 25 671 personnes à domicile et 9623 en établissement, soit 7,6 % de la population âgée de 60ans et plus ;
- les aides sociales pour la prise en charge des aides ménagères et des frais de repas en foyers restaurants ;
- des frais d'hébergement en établissement ;
- le dispositif de télé alarme ;
- le financement d'installation pour le maintien à domicile.

Pour les personnes handicapées, le département verse des aides sociales pour la prise en charge des aides ménagères, des frais de repas en foyers restaurant, des frais d'hébergement pour les adultes handicapés. Le conseil général soutient des formes d'interventions telles que les services d'accompagnement à la vie sociale qui offre diverses prestations :

- les services d'accueil de jour (activités occupationnelles) ;
- l'attribution de subventions pour l'aménagement de logements et de véhicules ;
- l'amélioration des conditions d'accès aux prestations d'aide sociale légale et dans le cadre du règlement départemental d'aide sociale.

2.2. L'Etat

2.2.1 La DDASS

Dans le champ des personnes âgées et des personnes handicapées, la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) intervient à la fois en matière de planification dans le cadre d'une participation à l'élaboration du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale et du PRIAC (voir ci dessous) mais aussi en matière de mise en œuvre des actions notamment pour ce qui concerne la gestion des crédits de l'assurance maladie, la tarification et le conventionnement tripartite des EHPAD, mais aussi la lutte contre la maltraitance.

Ainsi, s'agissant du SDOSMS 2007-2011, les orientations médico-sociales de l'Etat ont été travaillées par la DDASS, notamment à partir de groupes de travail mis en place conjointement avec le département. Elles ont été reprises de manière synthétique dans le corps du schéma départemental, pour chacune des orientations stratégiques du Conseil général. Le préfet du département du Nord a souligné la qualité de la concertation entre les services de l'Etat et ceux du département concernant le bilan des actuels schémas et la conception des

prochains documents, démarche allant au-delà de ce que prévoit la loi 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

Par ailleurs, le préfet du Nord (DDASS) a formulé⁶ auprès du président du Conseil général les attentes de l'Etat concernant l'offre sociale en établissements et services relevant de la compétence du département pour le domaine du handicap. Ces attentes ont trait :

- au développement des prises en charge à la sortie des établissements et services d'aide par le travail (accompagnement à la vie sociale, accueil de jour occupationnel) ;
- à l'évolution de l'hébergement des travailleurs handicapés, au travers de la programmation de places en foyer et autorisation des lieux de vie ;
- à une plus grande visibilité quant à la médicalisation des foyers de vie ;
- à une clarification du périmètre des dépenses incombant à l'assurance maladie dans les structures co-financées.

Pour la mise œuvre de l'action sociale en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées, les ressources affectées à la DDASS du Nord représentent quelques 31 équivalent temps plein annuel (ETP). Les personnels correspondants sont répartis au sein de du service personnes âgées (8,8 ETPT) et du service personnes handicapées (22,2 ETPT).

Par ailleurs, la DDASS met à la disposition de la MDPH du Nord des personnels à hauteur 30,6 ETPT.

Dans le temps qui lui a été imparti, la mission n'a pas pu approfondir la question de l'évolution de l'adéquation mission / moyens, suite à la mise en œuvre de la loi du 13 août 2004 et à l'achèvement du premier SDMOS.

2.2.2. La DRASS

Pour ce qui concerne les personnes âgées et les personnes handicapées, la DRASS intervient notamment dans le pilotage du BOP régional du programme 157 « handicap dépendance » mais surtout dans la programmation des crédits issus de l'ONDAM médico-social et des ressources affectées, et donc en 2006 dans le pilotage des travaux d'élaboration du PRIAC (cf. infra).

La DRASS joue aussi un rôle très actif dans le développement de l'observation sociale dans la région. Dans le cadre du contrat de plan 2000-2006, la DRASS a initié la mise en place d'un site Internet permettant de rassembler les données concernant les politiques sociales menées dans la région à partir de l'ensemble des services de l'Etat mais aussi des organismes de sécurité sociale. Ce programme, qui a mobilisé des crédits d'Etat à hauteur de 0,6 M€ a débouché sur l'ouverture d'un site Internet avec des accès différenciés selon les organismes et les données concernées et qui d'ores et déjà rassemble de nombreuses données transmises par les différents organismes partenaires concernant les personnes handicapées. Les deux conseils généraux vont désormais s'associer à ce dispositif qui va monter en régime sur les domaines personnes âgées.

Enfin la DRASS joue un rôle important dans la mise en cohérence de la planification sanitaire et médico-sociale.

⁶ Lettre du 30 octobre 2006

Les effectifs de la DRASS consacrés à l'action sociale en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées sont de 7,7 ETP. Les crédits mis en œuvre, qui sont pour une petite partie inscrits dans la loi de finances (LF) au programme « 157 handicaps dépendance » et pour l'essentiel dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), sont retracés ci-dessous :

Personnes âgées :

- LF BOP handicap et dépendance : 0,002 M€
- LFSS Crédits CNSA : 151 M€

Personnes handicapées :

- LF BOP handicap et dépendance : 67 M€
- LFSS Crédits CNSA : 315 M€

2.3 La CRAM et la MSA

2.3.1 La CRAM

La CRAM Nord Picardie se définit comme un acteur à la fois autonome mais aussi complémentaire de l'action des autres acteurs, à commencer par celle du département. Elle a mené depuis dix ans une politique active de partenariat avec les cinq conseils généraux de son ressort géographique. S'agissant plus particulièrement du département du Nord, cette démarche a conduit à la signature de la convention déjà évoquée pour la mise en œuvre de l'APA.

La CRAM a ainsi participé activement à l'élaboration du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale SDOSMS 2007-2001 (cf. infra). Le document final fait apparaître les contributions qui sont attendues de la part de la CRAM pour la réalisation des orientations prioritaires. Plus globalement, la CRAM s'est efforcée d'articuler très étroitement les orientations du SDOSMS et celle du volet gérontologique du SROS 3 à la définition duquel elle a participé dans le cadre de ses responsabilités d'ARH.

Pour la mise en œuvre des orientations de politique en direction des personnes âgées, la CRAM a signé, en 2003, avec le département, une convention qui organise les relations avec celui-ci dans différents domaines :

- la coordination de la mise en œuvre des prestations, comportant l'organisation d'échanges d'information sur les personnes âgées en perte d'autonomie ;
- la mutualisation des compétences en matière d'évaluation dans l'instruction et le suivi de l'APA ; la CRAM contribue aux activités des équipes d'évaluation médico-sociale en mettant à disposition du département 22 ETP d'assistants sociaux ; en contrepartie, le département rembourse les rémunérations de ces personnels à la CRAM ;
- la reconnaissance par la CRAM des évaluations qui débouche sur une classification en GIR 5 et 6 et donc la prise en charge de ces personnes au titre de l'aide ménagère ;
- l'engagement d'études en vue d'une éventuelle mise en œuvre d'une démarche conjointe d'appui au développement de la qualité chez les associations prestataires d'aide à domicile.

La CRAM soutient l'approche de renforcement de la coordination territoriale développée par le conseil général. Elle subventionne les CLIC sous la condition de développer des actions en

direction des GIR 5 à 6. Dans, l'avenir, la CRAM souhaiterait négocier une convention avec le département du Nord, couvrant l'ensemble des actions conjointes. Elle souhaiterait que soit organisé un dispositif commun conduisant à une évaluation conjointe, que ce soit pour les personnes âgées qui relèvent des GIR 5 et 6 et celles qui relèvent des GIR 1 à 4.

Les actions financées par la CRAM et la mise en œuvre des orientations de la COG Etat-CNAV pour la période 2005-2008

La CRAM a mis en œuvre sur le terrain les orientations fixées par la COG 2005-2008 signée entre l'Etat et la CNAV. Il s'agit d'abord de recentrer l'action sociale en direction des personnes classées en GIR 5 et 6 et de diversifier les prestations offertes, en diminuant le poids de l'aide ménagère et en offrant de nouveaux services. Ces nouvelles orientations se sont accompagnées de progrès dans les méthodes de gestion, notamment à travers une évolution importante des relations avec les associations gestionnaires et ont abouti à un meilleur respect de l'enveloppe financière fixée et à la réduction des crédits non consommés.

Les aides sont ciblées sur les personnes en situation de fragilité pour lesquelles est établi un plan d'aides global. La notion de fragilité a été définie sous forme de critères objectifs ce qui facilite le travail des équipes et aussi l'acceptation des décisions par les personnes bénéficiaires.

La CRAM souhaite diversifier les prestations fournies dans le sens d'une intervention accrue sur des prestations telles que le matériel d'aide technique, les transports et le portage de repas et donc en limitant dans les plans d'aide la part de l'aide ménagère. Elle a aussi développé l'hébergement temporaire et la prise en charge de personnes à la journée. Conformément aux orientations nationales, elle va mettre en œuvre des actions innovantes sous forme d'appels à projets portant sur :

- l'activité physique et donc la gymnastique
- la citoyenneté
- l'accès aux nouvelles technologies
- la prévention des chutes

Depuis septembre 2006, la CRAM met en œuvre la « prestation de retour à l'hôpital » (PRH) qui vise à accompagner les personnes à leur domicile après une sortie d'hôpital. La PRH consiste dans un bilan initial sur la base duquel est établi un plan d'intervention dont la réalisation est suivie, à échéance d'un mois, par une assistante sociale. Des liens ont été établis entre les services sociaux de la CRAM et 36 établissements hospitaliers de son ressort. Au moment où est intervenue la mission, après deux mois de mise en œuvre effective, une centaine de personnes en avaient bénéficié. Le démarrage est assez lent car la mise en œuvre de la prestation suppose une forte réactivité. En effet il faut organiser l'accompagnement de la personne en un temps très bref (de l'ordre de 48 h).

Des actions significatives concernant l'information des retraités ont été menées : l'action « Kiosque bleu » consiste à mettre en ligne les services d'aide à domicile dans tous les domaines depuis la santé jusqu'aux loisirs. Elle a recueilli 3000 offres pour l'ensemble de la région. Enfin la CRAM a été très présente sur les questions de maltraitance à travers l'élaboration d'un guide de procédures pour le signalement et la mise en place d'actions de prévention et de dépistage.

Les ressources mobilisées

Dans le Nord, le « budget d'intervention » de la CRAM au sens de l'ensemble des aides versées aux personnes âgées s'élève à quelques 10 M€ Pour la gestion des aides, la CRAM emploie 244 assistantes sociales. Conformément à la convention déjà évoquée, le département finance 22 des 244 postes. En sens inverse, la CRAM prend en charge la rémunération de 3 agents administratifs du conseil général pour faciliter la gestion des droits des personnes âgées. Enfin la CRAM et le conseil général se sont accordés pour utiliser le même progiciel (ANNAS) pour la gestion de leurs opérations.

2.3.2 La MSA

Les orientations stratégiques et le partenariat

La MSA du Nord a établi un plan sanitaire et social 2006-2009 avec la volonté d'améliorer la réponse aux besoins en développant le partenariat avec les autres acteurs. La MSA n'a pas été associée à l'élaboration des schémas gérontologique et adultes handicapés. Elle a passé une convention avec le département pour la mise en œuvre de l'APA.

Des réunions de concertation sont organisées avec les CLIC pour étudier les situations complexes, notamment les cas de maltraitance, afin d'identifier une solution mise en œuvre de manière partenariale. Cette procédure concerne environ 15 cas par an.

Les actions menées par la MSA

L'objectif de la MSA est de favoriser le maintien des situations d'autonomie pour retarder l'arrivée des situations de dépendance, en engageant des actions d'information de prévention en faveur des personnes âgées et des futurs retraités : savoir utiliser sa mémoire ; comment bien dormir, bien se nourrir, rester en bonne santé, savoir utiliser correctement les médicaments, savoir préparer sa retraite.

En ce qui concerne les personnes handicapées, les actions de la MSA étaient moins structurées. C'est pourquoi la caisse centrale a organisé un diagnostic en 2005 dans le but de renforcer l'action sanitaire en faveur de ce public. Les personnes concernées sont identifiées à partir des fichiers des aides légales accordées aux assurés (pensions d'invalidité, AAH, AES). Les acteurs médicaux constituent le principal point d'orientation des personnes handicapées vers la MSA. La MSA ne participe pas à l'équipe médico-sociale de la MDPH, mais elle participe à l'appareillage et favorise les séjours de vacances pour les personnes âgées.

Organisation et ressources mobilisées pour l'action sociale

La MSA du Nord dispose de 7 bureaux départementaux où sont assurées des permanences. Les 600 délégués cantonaux élus au sein des 21 comités cantonaux constituent aussi des relais d'information pour signaler les situations à prendre en compte. La désignation d'un correspondant dans chaque service de la MSA permet de traiter rapidement et de manière coordonnée les situations d'urgence rencontrées par les assurés.

2.4. Les communes et les CCAS

Les communes constituent le point d'entrée le plus facilement identifié par les personnes âgées et leur entourage en matière d'action sociale. Les interventions des communes sont naturellement très différentes d'une collectivité à une autre. Dans le temps qui lui était imparti la mission ne pouvait pas faire un travail exhaustif pour appréhender l'évolution du positionnement des communes et de leurs centres communaux d'action sociale (CCAS). Il est apparu intéressant d'étudier l'action des CCAS de Lille et de Marcq en Baroeul.

2.4.1. Lille

La ville de Lille compte près de 200 000 habitants, dont 14 % de personnes âgées de plus de 60 ans.

Organisation

A Lille, les mairies de quartier disposent toutes d'un « espace social » avec des lieux d'accueil polyvalents. La direction du CCAS est intégrée dans la direction « service au public » ; c'est donc le DGA qui exerce la direction du CCAS et les deux institutions sont liées tant au niveau du personnel que des finances. Afin de disposer d'un service homogène en faveur des Lillois et de présenter l'action sociale sous une identité commune et cohérente, le CCAS est intégré dans le pôle d'action sociale de la ville. La convention signée le 20 novembre 2001 entre la ville de Lille et le CCAS précise, notamment, que les secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées constituent des compétences partagées entre la ville et le CCAS.

Moyens

Le budget général du CCAS pour 2004 s'élevait à 7,3 millions d'euros, dont 4,2 consacrés aux dépenses de personnel. Le pôle d'action social consacre 208 agents aux personnes âgées et aux personnes handicapées, répartis au sein des services centraux (21 agents) et de services déconcentrés (173 agents) auxquels il faut ajouter 14 agents chargés de la coordination des équipements sociaux.

L'action sociale

Le CCAS de Lille assure l'accueil, l'écoute des demandes et des besoins sociaux et instruit les dossiers auprès du Conseil général et des caisses de retraite. Il ne gère pas de service d'aide à domicile. Toutefois, il gère :

- 7 résidences de retraite (EHPAD), dont la capacité d'accueil de chacune d'entre elle n'excède pas 30 personnes, soit 190 lits au total ;
- 3 résidences locatives disposant de places adaptées aux personnes âgées, situées en rez-de-chaussée ;
- 1 résidence locative pour personnes handicapées (39 appartements).

Outre l'aide sociale facultative en faveur des personnes en situation de précarité, les principaux services de soutien à domicile proposés par le CCAS dans le cadre de l'action sociale facultative envers les personnes âgées et les personnes handicapées sont le portage de repas à domicile et un service de transport vers les lieux de sociabilité municipaux.

Du 1^{er} janvier au 30 novembre 2006, sur les 6 581 aides accordées par le CCAS, 175 étaient destinées à des personnes âgées de plus de 60 ans (2,7 % du nombre d'aides accordées), pour un montant total de 4 465 euros (sur 172 035 euros d'aides accordées par le CCAS).

Un CCAS porteur de CLIC

Le CCAS de Lille est porteur d'un CLIC, créé à titre expérimental en 2000 et labellisé au niveau 3 en 2003. En août 2005, le CCAS a signé une convention tripartite avec la DDASS et le Conseil général l'autorisant à porter un CLIC pour une durée de 15 ans.

2.4.2. Marcq en Baroeul

La commune de Marcq en Baroeul compte près de 37 180 habitants, dont 7 759 (environ 20 %) sont âgées de plus de 60 ans.

Moyens

Le service d'aide à domicile est dirigé par une infirmière. Il est constitué de 2 pôles et d'un service :

- pôle administratif (3 personnes) ;
- pôle terrain, comprenant une centaine d'aides à domicile, dont 30 titulaires, composé pour moitié d'auxiliaires de vie, encadrées par 4 responsables de secteur ;
- service restauration (1 responsable et 6 agents).

Action sociale

Le CCAS de Marcq en Baroeul gère :

- 1 résidence mixte ;
- un service d'aide à domicile ;

Un projet de CLIC

En l'absence de CLIC sur le ressort du CCAS de Marcq en Baroeul et des communes voisines (120 000 habitants dont 20 000 personnes âgées de plus de 60 ans), le CCAS a établi un projet de CLIC. Celui-ci travaillerait en liaison avec le centre hospitalier régional de Wasquall, qui dispose d'un service de gériatrie. Par ailleurs, ce projet comprend la création d'un réseau gérontologique (un travail préparatoire a été réalisé avec les médecins libéraux) qui travaillerait en liaison avec le réseau de soins palliatifs existant sur une partie du territoire.

Le projet de création du CLIC déposé par le CCAS de Marcq en Baroeul a reçu un avis favorable du CROSMS le 7 avril 2006 mais il a fait l'objet d'un arrêté de refus de création par le Conseil général le 5 juillet 2006 car il n'est pas en cohérence avec l'organisation territoriale de l'administration départementale.

3. Le pilotage stratégique de l'action sociale en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées : planification et programmation

3.1 Les volets personnes âgées et personnes handicapées du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale.

3.1.1 Les conditions d'élaboration du schéma

Conformément aux dispositions réglementaires, le conseil général du Nord a élaboré un schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (SDOMS) qui, pour la période 2007- 2011, rassemble les orientations stratégiques qu'il s'engage à mettre en œuvre. Ce schéma comporte différents volets dont un spécifiquement consacré à l'action en direction personnes âgées et un autre consacré aux adultes handicapés. Un autre schéma consacré spécifiquement aux enfants handicapés est en cours de préparation.

Le SDOMS 2007 2011 est le troisième dans le département du Nord, et il a pris la suite du schéma gérontologique 2002 –2006 dont l'évaluation finale sera menée. Il a été élaboré en un an à travers une démarche de concertation menée avec l'ensemble des partenaires et des associations.

Pour les personnes âgées, une « Journées territoriales en faveur des personnes âgées » a été organisée au sein de chacune des huit directions territoriales de prévention et d'action sociale (DPTAS). Sur l'ensemble de ces journées, 1401 personnes ont participé à des ateliers consacrés aux thèmes de la coordination gérontologique, à l'accueil en établissement et aux solutions alternatives à l'accueil en établissement.

Pour le volet personnes handicapées, quatre groupes de travail ont été mis en place sur les thèmes vieillissement, insertion professionnelle, handicap psychique et accompagnement à domicile. Néanmoins certains représentants associatifs ont considéré que le calendrier très tendu de ces travaux n'avait pas permis une exploration approfondie des besoins et des différents scénarii pour y répondre.

Tout au long de la préparation des deux volets personnes âgées et personnes handicapées, le Conseil général a fortement associé les services de l'Etat. Ce fut le cas, notamment, au sein des réunions du comité de concertation et du comité technique de préparation du SDOSMS.

3.1.2 Le contenu du schéma

Le schéma 2007-2011 définit des axes de travail pour les cinq années à venir. Il fait apparaître au-delà d'un bilan d'exécution du schéma précédent, les engagements pris par le département mais aussi par ses partenaires majeurs, l'Etat et les CRAM.

Pour les personnes âgées, quatre orientations stratégiques ont été retenues :

- améliorer la connaissance des besoins des personnes âgées, promouvoir la vie sociale prévenir la dépendance ; outre l'amélioration de la connaissance sur les personnes âgées , le schéma prévoit notamment la mise en œuvre des actions de prévention de la dépendance, de préparation à la retraite et à la vieillesse et de facilitation de l'apport des personnes âgées à la vie sociale ;
- informer, animer, coordonner ; il s'agit d'assurer un service public de proximité, de développer l'information des personnes âgées et de leurs familles et d'améliorer la coordination des acteurs ;
- offrir une palette de réponses en fonction du degré d'autonomie : dans ce domaine le schéma s'organise autour de la structuration du secteur et de la médicalisation de l'aide à domicile mais aussi du renforcement qualitatif et quantitatif des structures d'hébergement ;
- innover et expérimenter ; il s'agit notamment de soutenir les initiatives qui visent à accompagner les aidants naturels, à faciliter la mobilité des personnes âgées, à conforter l'accès à la culture et promouvoir les relations intergénérationnelles.

Pour les personnes handicapées, les orientations stratégiques sont :

- développer la connaissance des besoins et des attentes des personnes en situation de handicap ;
- développer la qualité de l'accueil et de l'information de personnes en situation de handicap ;
- apporter des réponses sociales et médico-sociales adaptées pour compenser les situations de handicap ;
- soutenir des actions visant à favoriser le lien social.

D'une manière générale et sauf exceptions, ces orientations ne sont pas déclinées sous forme d'objectifs de résultats assortis d'indicateurs. Le schéma ne comporte pas non plus de programmation financière. Du point de vue des responsables du département, ce choix est justifié par l'impossibilité d'avoir une visibilité pluriannuelle sur les concours de l'Etat tels qu'ils découleront de l'évolution globale de l'ONDAM médico-social et des répartitions de financement effectuées par la CNSA.

3.1.3 L'articulation du SDOSMS avec les documents de planification sanitaire

Comme cela a été indiqué plus haut, l'état de santé des personnes âgées est plutôt moins bon dans le Nord que dans le reste du pays. C'est pourquoi l'articulation entre la planification sociale et médico-sociale et la planification sanitaire est très importante. Dans le dispositif législatif et réglementaire il n'est pas prévu d'articulation entre le SDOSMS et les autres documents de planification sanitaire. Toutefois, du fait du petit nombre de départements dans la région Nord Pas de Calais et de la forte présence des services de l'Etat et de l'assurance maladie dans l'ensemble des démarches et de la concomitance de leurs calendriers de préparation, cette articulation s'est de fait assez bien établie.

Le SROS 2006 -2011 du Nord Pas de Calais a été établi en mars 2006. Celui-ci s'organise autour de quatre orientations stratégiques :

- définir des territoires de prise en charge cohérents ;
- mieux organiser les filières intra hospitalières de prise en charge des patients âgés dépendants ;

- améliorer la coordination de l'ensemble des acteurs auprès des personnes âgées et de leurs aidants ;
- organiser la prévention de la perte d'autonomie dans les établissements de santé.

Au moment où est intervenue la mission, ces orientations devaient faire l'objet d'une déclinaison dans le cadre des projets médicaux de territoire et il était encore trop tôt pour en apprécier réellement la pertinence.

Le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) a lui aussi été préparé parallèlement à la préparation du SDOMS. Il comporte 12 programmes dont l'un « Bien vieillir en Nord Pas de Calais » concerne les personnes âgées. Ce programme est organisé autour de deux axes : apprendre à préserver son capital santé autour de la soixantaine et prévenir l'entrée en dépendance ou la perte d'autonomie à partir de la soixantaine. Le groupe de programmation a retenu trois priorités : être acteur de son projet de vie, agir pour une hygiène de vie favorisant le bien être, favoriser les liens sociaux et affectifs. Par ailleurs la « Charte pour la promotion de la santé des habitants du Nord et du Pas de Calais » comporte un axe sur l'information et la mobilisation des habitants de la région. Dans le cadre d'actions menées en commun entre le GRSP et les collectivités locales qui ont adhéré à la charte un appel à projets sur l'axe « agir pour une hygiène de vie favorisant le bien être » a été lancé et il est organisé autour de 4 axes :

- savoir éviter les chutes et leur récurrence pour préserver son bien être et son autonomie ;
- prévenir les troubles sensoriels ;
- cultiver ses capacités d'attention de réflexion et d'anticipation ;
- favoriser le bon usage des médicaments.

3.1.4 La mise en œuvre du schéma et les conditions de suivi de la performance et d'évaluation

Le SDOMS fera l'objet d'un suivi à travers la mise en place d'un comité de suivi qui fera chaque année un bilan annuel. Mais globalement, les caractéristiques du schéma (évoqué supra) rendront très difficile le suivi de la performance, l'articulation avec la procédure budgétaire des exercices successifs et l'évaluation finale de la politique mise en œuvre en application du SDOSM. Plus globalement, la capacité à mettre en œuvre le schéma va dépendre de la qualité et d'abord de l'effectivité du partenariat avec l'Etat et l'assurance maladie (voir ci dessus) mais aussi avec la CRAM et les CAF.

3.2. Le PRIAC⁷

3.2.1. Cadre général d'élaboration du PRIAC

Le PRIAC doit s'appuyer sur la mise en perspective régionale des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale élaborés par les Conseils généraux. Dans la région Nord Pas-de-Calais, les deux Conseils généraux ont souhaité associer étroitement l'Etat (dans ses différentes composantes) à l'élaboration de ces schémas, même si ceux-ci relèvent juridiquement de leur compétence exclusive. La base sur laquelle s'appuie le PRIAC de la région Nord-Pas-de-Calais est donc partagée.

⁷ Source DRASS

Les acteurs locaux estiment que les délais impartis par la Caisse nationale de Solidarité pour l'Autonomie pour la réalisation de ce PRIAC 1^{ère} génération n'ont pas permis de réaliser de façon satisfaisante la concertation préalable qui s'avère indispensable avec l'ensemble des partenaires institutionnels et associatifs concernés. Le CTRI, confirmé dans sa position tant par le CAR que par le CROSMS, a décidé que sa proposition, fondée sur les schémas départementaux, se limiterait dans un premier temps à une programmation jusqu'au 31 décembre 2007.

3.2.2. Les travaux préparatoires

Un état des lieux de la situation de la région a été réalisé. Les travaux ont porté notamment sur :

- l'analyse des indicateurs sanitaires et sociaux-économiques particulièrement défavorables de la région et ses conséquences sur le besoin de prise en charge de personnes dépendantes, notamment dans le secteur du handicap (à titre d'exemple le nombre de bénéficiaires de l'allocation adultes handicapés est supérieur de cinq points à la moyenne nationale) ;
- les taux d'équipement des établissements et services ; compte tenu de la taille des deux départements de la région, l'échelon infra départemental (arrondissement et bassin d'emploi) a été privilégié ;
- l'environnement sanitaire (institutions et services) ;
- les personnes en attente d'une prise en charge (âge, profil, pathologie,...) ;
- les opérations en cours de réalisations ;
- les demandes de création de structures en attente de financement ainsi que les différents projets recensés ;
- la spécificité de la région Nord-Pas-de-Calais, en ce qui concerne les placements en Belgique.

A l'issue de cet état des lieux, deux groupes de travail concernant respectivement les personnes âgées et les personnes handicapées ont été mis en place. Ils étaient constitués d'agents de l'ARH travaillant principalement sur la santé mentale et les personnes âgées. Ces groupes, qui se sont réunis régulièrement au cours du premier trimestre 2006, étaient animés par le pôle social de la DRASS qui en assurait le secrétariat et la diffusion des comptes rendus et informations.

Les travaux menés, qui s'inscrivaient dans le cadre d'un rééquilibrage inter départemental et infra départemental, ont permis d'identifier et de hiérarchiser les thèmes et territoires prioritaires en besoins identifiés de la population (nombre d'allocataires, taux d'équipement, personnes en attente,...).

3.2.3. Les axes prioritaires identifiés

Les personnes âgées :

- offrir un réel choix de vie en développant le maintien à domicile par la création de nouvelles places de Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), et le renforcement des moyens des SSIAD existants ;
- médicaliser les structures d'accueil collectif par de nouvelles places d'EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) dans le secteur les moins bien pourvus ;

- achever la réforme de la tarification par recours à des solutions alternatives telles que l'intervention des SSIAD en logement –foyers et le développement de l'hébergement temporaire et de l'accueil de jour ;
- prendre en compte davantage la maladie d'Alzheimer.

Les personnes handicapées (pour les adultes) :

- offrir un véritable choix de vie en développant les services d'aide et de soins à domicile ;
- renforcer, adapter, diversifier l'existant ;
- conforter le secteur du travail protégé ;
- accentuer les réponses pour les handicapés psychiques.

3.2.4. Les conditions de mise en œuvre et l'évolution du dispositif

Une première programmation prenant en compte l'achèvement des opérations déjà engagées et la faisabilité de nouveaux projets et des secteurs prioritaires a été établie. Cette proposition a été validée par le comité technique régional et interdépartemental (CTRI) ainsi que par le comité de l'administration régionale (CAR).

Le PRIAC a ensuite été soumis au CROSMS le 13 avril 2006 qui a adopté ce projet en l'assortissant d'une motion. Les membres du CROSMS ont tenu à souligner les particularités de la région : deux départements parmi les plus peuplés de France, cumulant systématiquement des facteurs socio-économiques et sanitaires les plus défavorables. En conséquence, le CROSMS considère que les taux d'équipement⁸ ne sauraient être considérés comme constituant des critères des besoins à satisfaire et demande que les besoins des populations, tels qu'ils sont retracés par les schémas départementaux, soient impérativement pris en compte. Le CROSMS conclut en indiquant que l'équité territoriale, qui constitue une des finalités du PRIAC, ne peut pas être seulement une équité intra régionale, mais doit aussi être une recherche d'équité pour la région au regard des autres régions françaises, compte tenu de la situation défavorable propre au Nord-Pas-de-Calais.

Pour les personnes âgées, il apparaît ainsi par exemple que pour bien analyser les besoins il faut développer la réflexion sur le thème de l'habitat adapté, comme possibilité intermédiaire entre le maintien à domicile et le placement en EPHAD. Les critères d'analyse des dossiers soumis au CROSMS pourraient être davantage homogénéisés.

Pour les personnes handicapées les thèmes abordés concernent :

- la consolidation régionale des schémas existants, afin de déterminer si l'ensemble des besoins a bien été pris en compte et d'élaborer les réponses nécessaires et l'articulation des différents schémas existants, notamment le schéma enfance et le schéma adulte, en ce qui concerne la sortie du dispositif enfance, mais aussi en lien avec les schémas de formations ;
- la situation des personnes handicapées vieillissantes dont les demandes augmentent considérablement ces dernières années, que ce soit de la part des établissements ou des familles et le devenir des personnes vivant à domicile avec leurs parents eux-mêmes vieillissants ;

⁸ La moyenne nationale est particulièrement mal adaptée au Nord Pas de Calais car elle est calculée sur les plus de 75 ans alors que l'espérance de vie dans la région est nettement inférieure à celle atteinte au niveau nationale que l'état sanitaire des personnes âgées impose leur prise en charge de la dépendance dès 60ans.

- les placements en Belgique ;
- les pluri-handicapés / déficients sensoriels / handicaps neurologiques ;
- la question des réponses inadéquates, notamment en lien avec la psychiatrie pour les personnes handicapées adultes et la situations des enfants pour lesquels aucune réponse n'est apportée ;
- la nécessité de rappeler les différentes législations en vigueur, aussi bien au regard des droits des familles que des obligations et des compétences des différents établissements ;
- la situation des amendements « Creton » ;
- le devenir des travailleurs handicapés dans les entreprises adaptées (ex-ateliers protégés) ;
- le développement des services à domicile ;
- les critères retenus par la CNSA pour accorder ces financements.

Parallèlement à ces travaux, est prévue la mise en place de deux instances :

- un comité de pilotage «permanent» constitué de représentants de la DRASS, des DDASS, de l'ARH, de la CRAM et des Conseils Généraux auxquels pourront s'adjoindre en fonction des thèmes traités, l'Education Nationale et les services de l'emploi et du travail ;
- un comité de concertation rassemblant les acteurs institutionnels et associatifs concernés par le handicap et les personnes âgées auquel sera présenté pour validation le projet de programmation élaboré par le COPIL.

Enfin pour la préparation du PRIAC 2007, la CNSA a modifié les procédures de façon à développer la concertation au sein de la région sous l'égide de la DRASS.

4. La mise en œuvre de l'action sociale pour les personnes âgées

Dans le contexte socio-démographique rappelé précédemment, les différents acteurs ont développé des interventions importantes en direction des personnes âgées. La mise en place de l'APA, mais aussi le renforcement des capacités d'accueil dans les établissements et la croissance d'une offre de services diversifiés à domicile ont conduit à une très forte augmentation de l'aide apportée aux personnes âgées à la fois à domicile et en établissements. Dans le temps qui lui était imparti, la mission n'avait pas la possibilité de conduire une étude exhaustive de tous les dispositifs qui fonctionnent au bénéfice des personnes âgées. Elle a choisi de concentrer ces travaux sur les évolutions en cours qui lui sont apparues les plus porteuses d'améliorations pour l'accompagnement des personnes et d'abord les conditions dans lesquelles fonctionnent concrètement les dispositifs pour répondre aux besoins. La mission n'a pas pu approfondir la question du caractère redistributif de l'aide, c'est à dire les conditions dans lesquelles les aides sont véritablement ciblées vers les personnes qui disposent de bas revenus.

4.1. L'amélioration de l'accès aux prestations à travers la coordination gérontologique locale et l'information du public

Un accès facile aux prestations de l'aide sociale suppose que les usagers bénéficient d'une bonne information préalable sur les services mais aussi que soit facilitée leur orientation dans les dispositifs d'aide, que les locaux des services d'accueil soient facilement accessibles, que le plus possible les démarches puissent être faites depuis le domicile en télétransmission et que les échanges avec les agents d'accueil soient faciles (et notamment que les personnes ou leurs aidants soient véritablement accompagnés pour remplir les formulaires de demandes d'aide). L'accompagnement des personnes âgées et de leurs familles est particulièrement nécessaire s'agissant de la recherche de place en établissement. Dans le département du Nord, l'amélioration de l'accès aux prestations a d'abord été recherchée par le développement de la coordination gérontologique.

4.1.1 La coordination gérontologique

Un réalité ancienne mais un développement accéléré dans la dernière période

Dans le département du Nord, la question de la coordination gérontologique a fait l'objet d'un engagement de longue date de la part du conseil général. Entre 1999 et 2002, celui ci avait financé une démarche de réflexion partenariale sur la concertation gérontologique à mettre en œuvre dans les différents territoires. A partir de 2000, l'Etat et le conseil général ont conjointement soutenu la mise en place de centres locaux d'information de coordination CLIC. Ainsi au 31 décembre 2004, 14 CLIC avaient été labellisés. A partir du début 2005 et en application de la loi du 13 août 2004, le département est devenu seul responsable de ce dispositif. En 2006 une nouvelle politique a été définie dont les orientations ont été arrêtées en avril et les modalités financières en juillet. Un cahier des charges a redéfini les missions des CLIC en les organisant autour des fonctions :

- d'accueil ;
- d'évaluation des besoins, d'élaboration du plan d'accompagnement et de son suivi ;
- de coordination.

Fondamentalement, il s'agit d'accélérer la mise en réseaux de tous les intervenants qui participent à l'action sociale en direction de personnes âgées.

Un nouveau découpage territorial a été défini qui est cohérent avec les limites d'intervention des 8 DTPAS. Dans ce cadre, 11 nouveaux CLIC ont été autorisés, portant le total des CLIC à 25. Au 1er juillet 2006, 81 % de la population de plus de 60 ans dans le département étaient couverts. Sauf dans un petit nombre de cas (3 CCAS et 2 centres hospitaliers), les CLIC sont portées par des associations. A terme le nombre de CLIC devrait s'élever à 29. L'objectif est de mettre en place un CLIC pour 16 000 personnes de plus de 60 ans.

Sous réserve du respect du cahier des charges, le département s'est engagé à financer les CLIC (à hauteur de 100 à 120 000 euros par an). Ceux-ci bénéficieront par ailleurs de financements en provenance des CRAM. Comme cela a déjà été indiqué, chaque CLIC sera suivi par un Conseiller général référent, désigné par le Président du Conseil général.

Des réalisations significatives dans les territoires où la structuration en CLIC est la plus achevée.

Dans le cadre contraint du temps imparti, la mission n'a pu enquêter que sur trois démarches de CLIC : le CLIC EOLIS à Phalempin, le CLIC de Lille porté par le CCAS de Lille et le projet de CLIC de Marcq en Baroeul qui fait actuellement l'objet de discussion avec le conseil général (notamment pour ses limites géographiques). A travers ces trois exemples, la mission a pu mesurer l'apport des CLIC dans l'amélioration de l'accès aux prestations.

Les CLIC assurent une mission d'information, notamment en direction des professionnels. Ainsi, le CLIC de Lille, dans le secteur duquel vivent environ 25 000 personnes âgées, a constaté une forte montée en charge de son activité d'information. Le nombre de contacts est passé de 100 en 2000 à 325 en 2005 et 400 début décembre 2006. Un effort important de communication envers le grand public a été réalisé en utilisant les vecteurs médiatiques (France 3, presse écrite). La réalisation d'une brochure d'information est en cours. Les CLIC rencontrés par la mission n'étaient pas prestataires de services à domicile. Le CLIC présente la liste des prestataires identifiés, associations ou entreprises privées, mais ne dispose pas de retour formalisé sur la qualité des prestations.

Les CLIC effectuent une évaluation des besoins des personnes, ce qui facilite la mise en cohérence des interventions et notamment en situation d'urgence (retour de l'hôpital par exemple). Ainsi, le CLIC EOLIS réalise des pré-évaluations qui permettent d'orienter les demandeurs vers les acteurs concernés. Cette évaluation prend en compte les besoins de la personne âgée dans leur globalité (médical, action sociale facultative, APA ...) et cherche à trouver les différents acteurs aptes à participer à la réponse souhaitée.

Le CLIC assure le suivi de la mise en œuvre des mesures, y compris dans le cadre de l'attribution de l'APA, car l'équipe chargée de l'évaluation médico-sociale n'assure pas de suivi ultérieur. Ce suivi est réalisé par un contact (correspondance ou appel téléphonique) trimestriels. La mise en place d'un dossier à la fois médical et médico-social facilite aussi le suivi des plans d'aide.

La mission a toutefois constaté que l'action des CLIC se heurte à deux limites : le petit nombre des personnes prises charge (par exemple quelques 150 personnes pour le CLIC EOLIS, en 2006). Il n'y a pas à ce stade d'articulation avec les équipes d'évaluation médico sociale du conseil général.

5. Les activités de coordination avec le sanitaire.

L'apport de chaque CLIC dans le décloisonnement entre le sanitaire et le social est différent selon les spécificités locales et le positionnement des acteurs sanitaires, notamment hospitaliers. Mais dans tous les cas le CLIC offre un interlocuteur visible pour les médecins généralistes ou les structures hospitalières. Le CLIC EOLIS est aussi la tête de l'un des 4 réseaux gérontologiques financés par la DDR ou le FASQV en 2005 dans la région Nord Pas-de-Calais⁹. Ce CLIC a construit un partenariat organisé avec toutes les composantes de l'offre sanitaire et médico sociale : court séjour, SSR (soins de suite), hôpital de jour (ce qui permet d'organiser des diagnostics approfondis suite aux bilans réalisés dans le réseau) La relation est très étroite avec l'équipe mobile gériatrique qui elle même est très présente sur l'ensemble de l'hôpital pour bien gérer les sorties d'hôpital et limiter les arrivées en urgence . Des réunions régulières sont organisées avec l'hôpital qui permettent chaque semaine un échange sur les dossiers, la préparation des sorties et l'information sur ceux qui vont entrer. L'articulation avec la médecine de ville est très forte et a été d'autant plus facile que la coordination était assurée par une infirmière (les médecins participent à 90 % des réunions de synthèse).

Au total il paraît que le CLIC peut constituer un lieu d'animation de la politique gérontologique au niveau d'un bassin de vie. Les CLIC peuvent aussi constituer un lieu privilégié pour la veille et l'observation sociale.

La relation avec le conseil général doit être encore plus formalisé, notamment pour réduire les doublons en matière d'évaluation médico-sociale. Pour les communes, le CLIC est potentiellement un relais très efficace. La composition des instances dirigeantes du CLIC est très importante pour faciliter la dynamique locale.

Le développement de la communication en direction du grand public, notamment à partir du service d'information du CODERPA et de la CRAM

Le premier rôle du comité départemental des retraités et des personnes âgées (CODERPA) déjà évoqué est de donner des avis sur les orientations de la politique du département. Mais il assure aussi une fonction d'information des professionnels et du public à travers son service d'information. Celui ci assure une mission d'information destinée prioritairement aux professionnels en contact avec les personnes âgées, soit 6 000 destinataires (médecins, directeurs d'établissement, élus...). Le service utilise de très nombreux vecteurs de communication : site internet, lettre d'information bulletin d'information mensuel qui comporte un dossier thématique, dossier d'information actualisé régulièrement sur l'hébergement. Il élabore de très nombreuses fiches techniques sur les différentes situations auxquelles sont confrontées les personnes âgées et des documents d'appui tels que le guide des accueils pour personnes âgées et le répertoire des associations de maintien à domicile.

Par ailleurs, le CODERPA participe aux forums d'information organisés par les collectivités territoriales. Il élabore actuellement un guide sur les différents établissements publics et privés, en apportant une appréciation sur l'animation et le cadre de vie dans chaque établissement.

⁹ Des prises en charge de personnes âgées existent également au sein de réseaux thématiques comme la maladie d'Alzheimer les soins palliatifs et le diabète.

Le service d'information du CODERPA, antérieurement sous statut associatif, a été intégré aux services du conseil général. Dans ce cadre, il a perdu son autonomie budgétaire. De ce fait il n'est pas facile de mesurer les moyens financiers désormais consacrés par le conseil général à cette action d'information. Les moyens engagés pourraient se situer aux alentours de 200 000 euros par an.

D'autres éléments concourent à l'information des personnes sur les prestations offertes. Une « Semaine bleue » est organisée chaque année autour de manifestations socio-culturelles en direction des personnes âgées et des retraités mais aussi de l'ensemble de la population. La CRAM a organisé chaque année un forum en direction des jeunes retraités.

5.1. L'amélioration de la qualité dans les prestations à domicile et le développement des actions collectives.

Dans le Nord, comme dans les différents départements visités, le développement des prestations servies à domicile est un élément majeur des évolutions récentes. La mission s'est efforcée de recueillir des éléments sur le fonctionnement concret des dispositifs et les progrès mais aussi les difficultés qu'ils font apparaître.

5.1.1. Les prestations à domicile : la place de APA et celle de l'action sociale facultative des collectivités territoriales

Une étude réalisée par la CRAM Nord – Picardie dans l'ensemble des services d'aide à domicile avec lesquels elle est liée par une convention montre que pour le département du Nord, sur 35 794 bénéficiaires de services d'aide à domicile, 8 902 bénéficient de l'aide de la CRAM, 10 820 bénéficient de l'APA et 16 072 bénéficient d'autres régimes financeurs ou d'aucune prise en charge. Mais lorsqu'on prend en compte les volumes financiers versés, il s'avère que le poids de l'APA apparaît comme prédominant tout au moins relativement aux aides de la CRAM¹⁰.

L'APA

La mise en place de l'APA a fondamentalement renouvelé les montants et les modalités de l'aide à domicile aux personnes âgées. Dans six cas sur sept, l'aide sociale perçue par les personnes âgées dans le département du Nord est l'APA et celle-ci est versée à domicile dans près de deux tiers des cas. Outre un fort effet d'augmentation des volumes, la mise en place de l'APA a produit un effet de diversification des modalités de l'aide à domicile. Mais comme le montre le tableau ci dessous, on constate une forte prédominance de l'aide ménagère.

¹⁰ Il n'existe pas, à la connaissance de la mission, de données financières cumulées sur le département du Nord sur l'ensemble des aides à domicile des communes

Tableau : Contenu des plans d'aide ; part (en pourcentage) des différents types d'aides à domicile dans l'ensemble des plans d'aide

Ménage, lessive repassage	83 %
Toilette habillage	63%
Confection des repas	31%
Remboursement des frais de changes	14%
Courses	12%
Transfert	12%
Téléalarme	10%
Prise des repas	10%
Garde de jour	3%
Autres	6%

source Conseil général

L'action sociale facultative du Conseil général

Indépendamment de l'aide accordée dans le cadre de l'APA, le Conseil général du Nord participe au financement de services de téléalarme, de clubs du 3^{ème} âge, à l'aménagement des logements et à l'aménagement de véhicules de livraison pour le portage de repas (en liaison avec le CCAS de Lille).

L'action sociale facultative du CCAS de Lille

Outre les efforts réalisés en matière d'hébergement et qui seront développés dans le point 6.3, le CCAS de Lille a mis en place plusieurs offres de services en direction des personnes âgées.

Portage de repas : un service de portage de repas à domicile (tous les jours ou de manière ponctuelle) est proposé aux personnes de plus de 60 ans.

Transport : depuis 2003, le CCAS dispose de 3 véhicules adaptés qui lui permettent de mettre en place un service de transport gratuit destiné aux pensionnaires des résidences de retraite du CCAS, aux usagers des clubs municipaux et aux personnes suivies par le CLIC. Avec la collaboration de l'Etat et des réseaux professionnels, la ville avait mis en place à titre expérimental de 2003 à 2005 un chèque « domicile liberté », permettant aux personnes qui remplissaient les conditions (plus de 70 ans, non imposables, souffrant d'isolement) de financer des sorties qu'elles ne sont plus en mesure de réaliser par leurs propres moyens. Cette action n'a pas été maintenue en raison de l'arrêt du financement par l'Etat.

Accès aux manifestations sportives et culturelles : depuis octobre 2006, la ville de Lille et des communes associées proposent à toutes les personnes âgées de plus de 60 ans une offre de service visant à proposer des tarifs préférentiels dans les domaines sportifs et culturels. Près de 600 personnes âgées participent régulièrement aux activités proposées par les 9 clubs municipaux. Enfin, chaque mois un thé dansant, un repas par club et trois sorties sont organisés auxquels se joignent une moyenne de 80 participants.

L'action sociale facultative du CCAS de Marcq en Baroeul

Outre la gestion d'une résidence d'hébergement pour personnes âgées, le CCAS de Marcq en Baroeul a mis en place plusieurs offres de services en direction des personnes âgées et des personnes handicapées.

Le service d'aide à domicile du CCAS recouvre deux catégories de prestations assurées en régie :

- le ménage, l'entretien du logement, l'aide à la personne (119 408 heures en 2005) ;
- le portage de repas (110 plateaux par jour).

La restauration à domicile : la moyenne d'âge des bénéficiaires du service de portage de repas à domicile est de 80 ans ; le service est également assuré auprès de 9 personnes handicapées dont la moyenne d'âge est de 51 ans.

Le nombre d'heures d'aide à domicile (prestataire et mandataire) se répartit comme suit :

Bénéficiaires APA	38 280 heures
Bénéficiaires CRAM	14 625 heures
Bénéficiaires autres caisses	8 556 heures
Hors aide légale (payant)	20 499 heures
Total Prestataire	81 960 heures
Mandataire	37 448 heures

Le coût de revient moyen de l'heure d'aide à domicile s'élève à près de 21 euros. Le CCAS subventionne une partie du coût de l'aide à domicile en ne facturant que 16,95 euros aux clients qui ne bénéficient pas des aides légales.

Par ailleurs, le CCAS propose, par convention avec une association départementale, un service de téléalarme. Le CCAS verse à cette association une subvention ainsi qu'une participation par abonnement (154 abonnés).

5.1.2. L'évaluation médico-sociale

L'évaluation médico-sociale réalisée à domicile doit permettre de classer la personne âgée dans un GIR et d'élaborer le plan d'aide qui lui sera proposé par le conseil général pour les bénéficiaires de l'APA (GIR 1 à 4), ou par la caisse de sécurité sociale pour les GIR 5 et 6.

Cette répartition en fonction du degré d'autonomie implique, lorsque aucune convention n'en dispose autrement, que chaque acteur (les conseils généraux et les caisses de sécurité sociale) doit disposer de sa propre équipe médico-sociale et qu'une nouvelle évaluation devra être réalisée par le bon interlocuteur, s'il s'avère, après le classement dans un GIR, que la personne âgée ne doit pas être prise en charge par l'organisme qui a réalisé l'évaluation initiale.

Dans le département du Nord, afin de rationaliser le travail des équipes médico-sociales et de simplifier le parcours des personnes âgées, des conventions entre le Conseil général et les caisses de sécurité sociale (CRAM et MSA) permettent la mise en place d'un dispositif d'évaluations conjointes, réalisées par des équipes mixtes pour les GIR 1 à 4.

Plus largement, la CRAM Nord-Picardie développe des systèmes d'évaluation conjointe pour les GIR 1 à 6 dans l'ensemble des 5 départements de son ressort.

Pour sa part, la MSA intervient à partir d'une évaluation de la situation de la personne. Celle-ci s'effectue à partir d'une visite à domicile qui conduit à l'évaluation du GIR d'appartenance. Dans le cadre des GIR 1 à 4, la MSA aide à la constitution du dossier APA. Les services du

conseil envoient une équipe médico-sociale pour déterminer le GIR d'appartenance. La MSA participe à l'équipe d'évaluation (1,6 ETP d'assistante sociale de la MSA). Les équipes de la MSA déterminent quelle est l'aide qui peut être apportée aux assurés en dehors du domaine de l'APA : adaptation du logement, soutien à la famille, lutte contre la solitude. Si la personne est classée en GIR 5 et 6, la MSA informe l'assuré sur les aides qui peuvent lui être proposées pour faciliter le maintien à domicile (aide ménagère, portage repas...).

5.1.3. L'élaboration du plan d'aide à domicile

Le plan d'aide à domicile dans le cadre de l'APA

L'évaluation médico-sociale (réalisée à domicile) donne lieu à l'établissement d'un plan d'aide à domicile qui est proposé à la personne âgée. L'APA sert à couvrir les dépenses figurant au plan d'aide mais une participation financière, dont le montant varie en fonction des revenus du bénéficiaire, est laissée à la charge de ce dernier, ce qui peut inciter les personnes âgées à refuser le plan d'aide (les systèmes d'information ne semblent pas permettre d'évaluer le nombre de refus et leurs motivations).

Par ailleurs, le montant de l'enveloppe APA étant plafonné, l'augmentation du tarif horaire des prestations d'aide à domicile entraîne, dans la mesure où le Conseil général du Nord ne souhaite pas prendre à sa charge le dépassement de l'enveloppe, une réduction du nombre d'heures accordées aux bénéficiaires de l'APA.

Entre le 1^{er} janvier 2002 et le 31 décembre 2005, sur les 80 808 personnes qui ont sollicité l'APA dans le département du Nord, 56 466 ont obtenu un accord (domicile et établissements hors dotation globale). A la fin de l'année 2005, environ 34 300 personnes bénéficient de l'APA, dont au moins 4 000 en établissement sous dotation globale.

Ainsi, en 2005, un montant de 180,6 millions d'euros a été consacré au financement de l'APA et un montant de 190 millions d'euros a été prévu pour le budget 2006, tandis que le montant global consacré aux autres prestations d'aide sociale était de 94,4 millions d'euros en 2005, avec une prévision de 95,7 millions d'euros pour 2006.

Le Conseil général du Nord précise que le fonds de financement de l'APA (compensation versée par l'Etat) a couvert environ un tiers des dépenses liées à cette prestation.

Enfin, il faut ajouter que si les CCAS ne participent pas à l'équipe d'évaluation médico-sociale, le CCAS de Marcq en Baroeul souhaite pouvoir assister à cette évaluation afin de favoriser une articulation étroite avec les informations dont il dispose sur le demandeur.

Le plan d'action personnalisé des CRAM

L'évaluation globale de la situation des personnes relevant des GIR 5 et 6 peut se concrétiser par des préconisations de prise en charge relevant de la branche retraite, proposées par la CRAM. Conformément aux orientations de la CNAV, les CRAM veillent à recentrer leurs efforts sur les retraités socialement les plus fragiles et à diversifier leur action en réduisant le poids de l'aide ménagère qui constituait au plan national près de 83 % de l'aide à domicile accordée par les caisses en 2005 pour le ramener à 71 % en 2007. Ainsi, dans le département du Nord, le nombre d'heures d'aide ménagère qui s'élevait en moyenne à 10 h 18 en 2004 est descendu à 7 h 36 en 2006.

Dans le département du Nord, 8 902 personnes bénéficient de services d'aide à domicile financés par la CRAM (5 429 pour le GIR 5 et 3 473 pour le GIR 6), pour 17 079 bénéficiaires sur les 5 départements situés dans le ressort de la CRAM.

Dans le Nord, pour le GIR 5, la moyenne d'heures octroyées est de 13,14 pour 9,21 réellement effectuées. Pour le GIR 6, la moyenne d'heures octroyées est de 8,95 pour 6,54 réellement effectuées. La CRAM estime que l'écart correspond à une surévaluation des prises en charge par l'équipe en charge de l'évaluation.

Le coût de revient de l'heure d'aide ménagère à domicile estimé par la CRAM (calculé par rapport aux exercices comptables des années précédentes) est de 16,69 euros dans le Nord et le tarif appliqué par la CRAM s'élève à 16,68 euros, contre 17,50 pour le Conseil général¹¹.

Conformément aux orientations données par la CNAV, relatives à la diversification des aides préconisées, la CRAM a mis en place un dispositif d'évaluation globale des besoins des personnes âgées. Une expérimentation est actuellement menée dans le département de l'Aisne afin d'identifier les autres aides préconisées, en dehors de l'aide ménagère. Les premiers éléments qui se dégagent de cette expérimentation montrent que les aides techniques sont les plus préconisées, puisqu'elles le sont dans plus de 40 % des plans d'aides personnalisés, les préconisations de transport venant ensuite dans près de 30 % des plans d'aide.

Le plan d'aides de la MSA

Le plan d'aide ne donne pas lieu à l'établissement d'un document formalisé et la MSA peut proposer le recours à un prestataire, être mandataire ou permettre une solution de gré à gré.

Si une part de la prestation est financée par la MSA, le paiement est effectué après présentation de la facture. L'assuré est orienté vers la structure qui offre les prestations appropriées. Il n'y a pas de système de contrôle *a posteriori* des prestations réalisées au profit des assurés. Cependant, l'examen annuel des dossiers (1500 dossiers par an) en vue de réviser, si besoin est, le plan d'aide, doit permettre aux assurés de mentionner les éventuels dysfonctionnements.

5.1.4. Les modalités de mise en œuvre du plan d'aide à domicile

La mise en œuvre du plan d'aide dans le cadre de l'APA

Les bénéficiaires de l'APA peuvent choisir de recourir à un prestataire ou d'employer, directement ou par l'intermédiaire d'un mandataire, une ou plusieurs personnes intervenant à leur domicile. Les prestataires peuvent être des CCAS (c'est la solution adoptée par le CCAS de Marcq en Baroeul), des associations ou plus récemment des entreprises privées.

La mise en œuvre du plan d'aides personnalisés des caisses

Pour la mise en œuvre des plans d'actions personnalisés accordés par les caisses (CRAM et MSA), celles-ci orientent leurs assurés vers les structures qui offrent les prestations appropriées et assurent le paiement de la prestation sur présentation de la facture.

¹¹ source CRAM Nord - Picardie

Pour améliorer la qualité des prestations et gagner en efficacité, la CRAM Nord - Picardie a mis en œuvre une politique progressive de regroupement des prestataires qui a été particulièrement délicate à mener car la plupart des petits services étaient intégrés dans des CCAS donc très attachés à leur autonomie. La CRAM incite les services d'aide à domicile à se regrouper lorsqu'ils sont petits et nombreux. Dans le département du Nord, 72 services d'aide à domicile interviennent au profit de bénéficiaires de la CRAM ; soit 39 CCAS, 7 collectivités territoriales et 26 associations.

Compte tenu de la difficulté que représente pour une personne âgée la maîtrise de l'achat de services, la CRAM Nord – Picardie privilégie la réalisation des prestations d'aide ménagère par des prestataires. Toutefois, 31 organismes réalisent des activités de prestataire et de mandataire. Sur l'ensemble des bénéficiaires relevant des services ayant les deux activités, 66,21 % bénéficient d'une prise en charge en prestataire et 33,79 % en mandataire. Par ailleurs, 67 % des services d'aide à domicile proposent 1 à 3 activités en plus de l'aide ménagère.

Dans le département du Nord, le pourcentage de services d'aide à domicile réalisant les diverses activités est le suivant :

Famille d'accueil	5,56 %
Travaux à domicile	5,56 %
Auxiliaires de vie	4,17 %
SSID	34,72 %
Téléalarme	36,11 %
Garde à domicile	44,44 %
Repas à domicile	47,22 %
Autres	47,22 %

De manière générale, sur le ressort de la CRAM, 75 % des services ont moins de 400 bénéficiaires (92 % des CCAS ont moins de 400 bénéficiaires).

5.1.5. Le suivi de la mise en œuvre du plan d'aide

La nécessité de désigner un référent APA

La mise en œuvre du plan d'aide à domicile ne fait l'objet d'aucun suivi par le Conseil général du Nord, or la situation des personnes âgées peut évoluer après l'élaboration du plan d'aide. Toutefois, le Conseil général envisage, dans cette perspective, de désigner un référent APA au sein de chaque CLIC. De manière générale, il apparaît que les CLIC constituent la structure la plus adaptée au suivi de la mise en œuvre des plans d'aide. Certains réalisent déjà un suivi informel de l'évolution des situations des bénéficiaires de l'APA par des contacts téléphoniques trimestriels (Lille, Phalempin). La désignation d'un référent APA au sein des CLIC leur permettrait d'être tenus informés des suites données par le Conseil général aux demandes d'APA.

Toutefois, le CCAS de Marcq en Baroeul indique qu'il est destinataire du plan d'aide proposé par le département aux bénéficiaires de la commune dans le cadre de l'APA, ce qui lui permet de suivre la mise en œuvre de ce plan, quel que soit le prestataire choisi par le bénéficiaire.

Les difficultés de mise en œuvre des soins infirmiers à domicile

Dans le département du Nord, les acteurs sociaux ont indiqué à la mission que les personnes âgées dépendantes éprouvent des difficultés pour faire réaliser les soins infirmiers à domicile dont ils ont besoin, et notamment les soins d'hygiène corporelle qui ne semblent pas intéresser les infirmiers libéraux (peut être en raison du faible montant de leur prise en charge et d'une offre de SSIAD insuffisante). Les personnes âgées peuvent ainsi être contraintes de s'adresser à des aides ménagères à domicile, moins qualifiées et dont les prestations ne rentrent pas toujours dans le plan d'aide.

5.1.6. La qualité des prestations

Le libre choix du prestataire

Le bénéficiaire de l'APA peut faire appel à des services proposés par des organismes spécialisés ; il peut s'agir du CCAS de sa commune, d'une association agréée par l'Etat au titre des emplois familiaux ou d'une entreprise ayant reçu l'agrément « qualité » prévu au premier alinéa de l'article L. 129-1 du code du travail. Ces organismes peuvent être rémunérés au moyen d'un titre emploi service.

Bien que le bénéficiaire de l'APA soit libre d'employer directement la personne qui intervient à son domicile, les acteurs sociaux tiennent à souligner l'absence de garantie qui caractérise le contrat de gré à gré (formation du personnel, continuité du service), peu recommandé dès lors que le degré de dépendance du bénéficiaire est important et qu'il nécessite une surveillance régulière. Une étude de la population aidée réalisée par un prestataire de service d'aide à domicile situé à Lille¹² fait apparaître que 42 % des personnes aidées ont entre 80 et 90 ans.

Aucune autorisation du Conseil général n'est nécessaire pour proposer des services aux personnes âgées. Cela étant, le Conseil général du Nord souhaite développer, pour aider au choix d'un prestataire, un système facultatif d'autorisation qui garantirait le respect d'un cahier des charges défini par le département.

La formation du personnel est indissociable de la qualité de service

Le CRAM Nord-Picardie a engagé une démarche qualité qui vise à accorder un label qualité aux services d'aide à domicile à partir de critères portant sur :

- la gestion administrative de la structure (situation administrative, moyens structurels à disposition)
- l'organisation du recrutement et du suivi du personnel ;
- l'organisation du travail et du suivi de la prestation (une analyse adaptée du besoin, le suivi de la prestation, la continuité du service, la mise en place de l'intervention) ;
- l'intégration de la structure au niveau local (la coordination, le regroupement et la communication).

Ainsi, en 2004, dans le département du Nord, 50 services d'aide à domicile ont obtenu le label qualité de la CRAM. Sur l'ensemble du ressort de la CRAM, ce sont 79,49 % des services mis en œuvre par des associations et 63,11 % des services mis en œuvre par des collectivités

¹² La maison de l'aide à domicile.

territoriales qui ont obtenu ce complément qualité. Pour le département du Nord, moins de 35 % du personnel bénéficie d'une formation sur l'ensemble des services d'aide à domicile connus de la CRAM.

La MSA du Nord organise des formations pour améliorer la professionnalisation des aides ménagères et leur permettre de prendre en compte la spécificité des relations avec les personnes âgées et les personnes en fin de vie.

A Marcq en Baroeul, 45 % du personnel du service d'aide à domicile du CCAS dispose d'une formation et chaque année le CCAS permet à 2 ou 3 salariés de bénéficier du dispositif de la validation des acquis de l'expérience (VAE). Par ailleurs, les demandeurs d'emplois peuvent être orientés vers des structures de formation et effectuer un stage au sein du CCAS avant leur recrutement. De plus, le CCAS a mis en place un groupe d'écoute et de parole animé par une psychothérapeute au profit du personnel chargé de l'aide à domicile.

5.2. Les évolutions en cours : diversification de l'hébergement et développement de la prévention et décloisonnement des typologies de réponse aux besoins des personnes âgées

5.2.1. Des initiatives visant à diversifier les réponses en terme d'hébergement

Comme cela a été évoqué plus haut, une part significative et fortement croissante avec l'âge des personnes âgées est accueillie en établissement et le département du Nord dispose d'un parc important d'équipements qui a été développé ces dernières années dans le cadre de la mise en oeuvre du schéma gérontologique 2002-2006. Pendant cette période a été mis en place la politique de médicalisation des établissements. Les conventions tripartites ont été signées pour cinq ans et un contrôle sur l'effectivité de leur mise en oeuvre est effectué annuellement. A la date anniversaire, les partenaires procèdent à une évaluation qui sert de base à la nouvelle convention. Mais les conditions de suivi sont très globales et par ailleurs seul un petit nombre de conventions est renouvelé.

Dans le temps qui lui était imparti, la mission n'avait pas la possibilité de procéder à une évaluation d'ensemble des résultats obtenus dans cette politique, mais elle a constaté l'engagement de travaux au sein du CROMS (dans le cadre du groupe de travail déjà évoqué) pour développer l'évaluation externe de la qualité de service dans les établissements.

Par ailleurs, s'agissant des aspects de planification, si certaines collectivités territoriales font état d'un déficit important en places d'hébergement, peu d'évaluations quantitatives des besoins non satisfaits ont été présentées. Aucun système de décompte précis des listes d'attente, évitant notamment les demandes redondantes, ne permet aujourd'hui d'identifier les besoins en capacité d'hébergement.

Les EHPAD

Le Conseil général du Nord estime qu'en raison d'une participation financière insuffisante de l'Etat, il n'a pas été possible de tenir les engagements du précédent schéma gérontologique départemental ; faute de financement suffisant, plusieurs projets de création d'EHPAD ou d'extension (138 places) ont fait l'objet d'un arrêté de refus d'autorisation et sont placés en attente.

Le CCAS de Lille gère 7 résidences de retraite de quartier (d'une capacité totale de 190 places) transformées en EHPAD en 2005 et qui proposent de l'hébergement temporaire en fonction des places disponibles dans les structures. La moyenne d'âge des résidents est de 78 ans pour les hommes et 84 ans pour les femmes, et 57 % des résidents perçoivent l'aide sociale (aide du département).

Dans le cadre de cette offre de logement, le CCAS de Lille évalue à 21 le nombre de demandes de dossiers en attente au 30 novembre 2006, et à 10 le nombre de places vacantes.

Le CCAS de Marcq en Baroeul gère une structure mixte composée de 30 places d'EHPAD et de 40 places de foyer logement pour favoriser le maintien d'une plus grande dynamique à l'ensemble de l'établissement. Cet établissement a été récemment mutualisé avec la maison de retraite communale afin de réduire les charges de fonctionnement (mutualisation de la direction et des fonctions support).

En matière d'hébergement, la MSA du Nord dispose de 2 Sinoplies (EHPAD et foyers logement pour personnes âgées dépendantes), dont la structure de gestion est centralisée au plan national.

L'accueil temporaire

Le responsable du CLIC EOLIS, situé à Phalempin, estime qu'il y a un déficit de place d'hébergement temporaire et que ce type d'hébergement nécessite une gestion prévisionnelle rigoureuse afin d'éviter l'alternance de places vides et de demandes non satisfaites, et souligne que la question de l'hébergement temporaire est essentielle afin d'éviter que l'hôpital soit amené à assurer cette fonction.

Des formules nouvelles adaptées aux besoins des personnes âgées

Il apparaît que trop souvent les personnes âgées n'ont le choix qu'entre le domicile et un EHPAD. Comme l'a fait apparaître le groupe de travail mis en place au sein du CROMS, les structures sont sollicitées par les personnes âgées en dernier recours, après avoir essayé de rester à domicile. Des initiatives ont été prises pour assurer le développement de structures intermédiaires.

Quel que soit le label¹³ adopté par les formules présentées, CODERPA et la MSA du Nord considèrent que le maintien à domicile est favorisé par l'existence de petites unités immobilières (10 à 20 logements adaptés aux personnes âgées) de plain-pied, situées à proximité des commerces et des services publics, permettent de mener une vie individuelle (possibilité de préparer ses repas) et une vie collective grâce à des espaces de vie collective.

Les MARPA ne sont ni des maisons de retraite, ni le domicile initial des occupants : il s'agit d'un nouveau domicile qui permet de faire durer l'autonomie grâce à une approche globale des besoins des personnes âgées.

¹³ Béguinage (formule développée dans le Nord), Maison d'accueil rural pour personnes âgées (concept développé par la MSA).

5.2.2. Le développement d'initiatives de prévention et du décloisonnement des réponses

Il ressort des entretiens réalisés par la mission que les actions en faveur des personnes âgées méritent d'être envisagées de manière globale, qu'il s'agisse du maintien de l'autonomie ou des réponses apportées aux différents degrés de dépendance.

Favoriser l'activité pour retarder l'arrivée de situations de dépendance

Le responsable du CLIC EOLIS a tenu à souligner que le maintien de l'autonomie se prépare dès l'âge de la retraite. La réalisation d'un bilan de compétences peut être l'occasion de redéfinir un projet de vie et d'orienter les retraités vers des associations locales. Les communes ont un rôle essentiel à assurer pour favoriser le maintien d'une vie sociale par le soutien qu'elles apportent aux associations sportives et culturelles de proximité et par l'organisation de services de transport adaptés aux personnes âgées.

Développer les actions de prévention

Les CRAM Nord – Picardie et la MSA du Nord sont très actives en matière d'actions de prévention dans le but de retarder l'arrivée des situations de dépendance. Elles apportent leur soutien, parfois en partenariat avec le groupe régional de santé publique (GRSP) et les collectivités territoriales, à des actions visant à développer l'utilisation de la mémoire, à éviter les chutes, à prévenir les troubles sensoriels, à développer l'éducation nutritionnelle et à favoriser le bon usage des médicaments.

6. La mise en œuvre de l'action sociale en direction des personnes handicapées

6.1. Le développement de la MDPH

6.1.1. Création de la MDPH

Dispositif antérieur

Le département présente la particularité d'avoir mis en place deux COTOREP (Lille et Valenciennes). Le volume d'activité des commissions s'élève à près de 20 000 décisions sur le secteur enfance (CDES) et près de 80 000 décisions sur le secteur adultes (COTOREP), 200 000 dossiers actifs au niveau des COTOREP et 2000 nouveaux dossiers par an au niveau de la CDES.

La mise en place de la MDPH

Créée le 28 décembre 2005, la MDPH n'est pas encore pleinement installée dans sa configuration définitive, notamment sur le plan de l'infrastructure car les locaux définitifs sont en cours d'aménagement pour permettre, notamment, l'accessibilité aux personnes handicapées.

La montée en puissance de son activité a débuté en mars 2006 et la commission des droits et de l'autonomie a été installée en avril 2006, mettant fin aux anciennes commissions. Toutefois, le site de la vie autonome (SVA) est maintenu par convention avec le Conseil général car le fonds de compensation n'a pas encore été mis en place. Le SVA continue de traiter les dossiers sous l'autorité de la MDPH. Chaque acteur continue de participer au financement du reste à charge en apportant sa contribution propre.

Les dossiers de PCH sont traités par la MDPH et l'examen du reste à charge est traité par le SVA. Les dossiers ont continué à être déposés auprès du SVA jusqu'en mai 2006. Depuis juin 2006, les dossiers sont déposés directement devant la MDPH.

6.1.2. Moyens de la MDPH

Ressources humaines

La MDPH est dirigée par un ancien directeur général adjoint de la mairie de Lille qui a rejoint le Conseil général en septembre 2005 pour mettre en place la MDPH.

La MDPH est composée de 60 agents mis à disposition par l'Etat (DDASS), 30 agents du Conseil général et 26 agents non titulaires ;

L'équipe pluridisciplinaire chargée de l'évaluation médico-sociale est composée de 15 personnes travaillant en binômes. La MDPH ne bénéficie d'aucun personnel des caisses de sécurité sociale ni de la MSA pour réaliser les évaluations.

Financement

Le Conseil général assure le financement de l'infrastructure, du matériel de bureautique et du personnel d'encadrement de la MDPH (6 ETP) et estime que le fonctionnement doit être assuré par l'Etat.

Les ressources accordées à la MDPH par l'Etat sont les suivantes :

- Transfert de l'Etat : 686 000 euros et 60 agents
- CNSA : 873 000 euros
- Allocation exceptionnelle de l'Etat : 550 355 euros

La MDPH et le Conseil général souhaitent que l'allocation exceptionnelle versée par la CNSA en 2006 soit pérennisée pour que la MDPH puisse élaborer un projet de service.

6.1.3. Organisation de la MDPH

La nécessité de disposer d'un réseau

Le principal point d'entrée est constitué par les associations, très présentes dans le domaine du handicap, et par les CCAS.

Actuellement, la MDPH ne dispose d'aucune antenne. S'il n'est pas envisagé de développer un réseau propre à la MDPH, le Conseil général envisage d'utiliser le réseau des CLIC pour le dépôt des dossiers, ce qui permettrait, avec un réseau identifié et labellisé, de disposer de personnel d'accueil formé à la constitution des dossiers.

La commission exécutive

La commission exécutive est présidée par le président du Conseil général et comprend 20 membres :

- 10 élus ;
- 3 représentants de l'Etat ;
- 1 représentant de la CAF ;
- 1 représentant de la CPAM ;
- 5 représentants d'associations.

Fin novembre, cette commission s'était réunie 2 fois au cours de l'année 2006.

La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)

La CDAPH a été installée le 4 mai 2006. Elle est organisée en 2 sections territoriales siégeant à Lille et à Valenciennes (pour tenir compte de la configuration du département) ; les réunions ont lieu chaque semaine dans ces 2 villes pour faire face à environ 120 000 demandes (AEH, AAH, PCH, cartes....) par an, déposées par près de 60 000 personnes.

L'année 2006 ne permet pas de mesurer l'impact de la réforme sur les délais de traitement des dossiers car elle a été marquée par la mise en place des nouvelles procédures, des personnels, l'installation des locaux (terminée en 2008) et des moyens de bureautique.

Pour le secteur de l'enfance, la MDPH estime que les délais diminuent et se situent en dessous des 4 mois. Il en est de même que pour le secteur de l'ex COTOREP de Valenciennes ; par contre, les délais sont supérieurs à 4 mois pour le secteur de l'ex COTOREP de Lille qui comprend les deux tiers des dossiers.

Les conventions

Des conventions sont passées avec l'Etat (mise à disposition de personnel), le Conseil général (mise à disposition de personnel) la CNSA (financement) et l'association gérant le fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH) pour la mise à disposition d'un ergothérapeute.

La première convention avec la CNSA (2006) a été très succincte. La suivante devrait mettre l'accent sur la qualité. Le département a été associé aux travaux préparatoires pour l'élaboration des indicateurs qui seront adoptés dans la convention. Toutefois, la MDPH estime que les systèmes d'information actuels ne permettent pas la remontée d'informations qualitatives et devront être modifiés.

Un projet de convention a été préparé par les CAF du département pour améliorer le fonctionnement de la MDPH. Cette convention prévoit, notamment, la mise en place d'un agent CAF au sein de la MDPH afin qu'il puisse procéder à l'examen préalable des conditions administratives des demandes d'AAH, permettant la notification d'un refus éventuel (environ 20 % des demandes) avant toute étude des conditions médicales.

6.2. La mise en place de la PCH

Fin novembre 2006, près de 3 000 demandes de PCH ont été déposées, soit environ 350 par mois, et 450 évaluations de PCH ont été réalisées, dont 123 concernent des personnes très lourdement handicapées, examinées en priorité en septembre - octobre 2006.

Le bénéficiaire peut recourir à un prestataire (en général des associations ou plus récemment des entreprises privées) à un mandataire ou traiter de gré à gré.

La MDPH n'a pas de visibilité sur la mise en œuvre de la PCH après son attribution aux bénéficiaires et renvoie vers le CG sur cette question.

Il y a actuellement 5 000 bénéficiaires de l'ACTP, pour un rythme de renouvellement de 1 000 par an. Contrairement à la PCH, l'attribution de l'ACTP ne donnait lieu à aucune visite à domicile ni à aucun contrôle d'effectivité de l'aide à domicile, ce qui n'incite pas les bénéficiaires de l'ACTP à demander la PCH. La MDPH estime que les demandes de PCH déposées par des bénéficiaires de l'ACTP seraient principalement motivées par une demande d'aide technique ou de travaux d'adaptation.

6.3. L'hébergement

Comme pour les personnes âgées, le département ressent un déficit de places d'accueil en foyer médicalisé sans pouvoir présenter des éléments chiffrés. Par ailleurs, pour identifier les besoins en capacité d'hébergement, le Conseil général estime nécessaire de mettre en place un système précis de décompte des listes d'attente, en évitant notamment les doublons.

Une étude réalisée par la CRAM Nord – Picardie indique que fin 2004 il y avait 1608 personnes françaises hébergées par les établissements belges pour enfants ou adultes handicapés ; près de la moitié de ces personnes viendraient du département du Nord.

**Annexe 6 Eléments sur l'action sociale en direction des personnes âgées
et des personnes handicapées dans le département du Rhône**

L'action sociale en direction des personnes âgées et des personnes handicapées dans le département du Rhône

I. Les personnes âgées et les personnes handicapées dans le département du Rhône

Avec 1,64 millions d'habitants, le Rhône est le troisième département le plus important en population. C'est un département densifié et très urbanisé (avec 20 villes de plus de 10 000 habitants et une densité de 506 habitants au kilomètre carré). La situation socio-économique est relativement favorable : le Rhône est le quatrième département pour le rapport PIB par habitant, le revenu fiscal médian est significativement plus élevé dans ce département que sur l'ensemble du pays (15 989 euros contre 14 650 euros ¹⁴). Le nombre de bénéficiaires du RMI s'élevait à 28 545 soit 31,4 pour 100 habitants contre 33,1 au niveau national). Comme le montre le tableau ci-dessous, la population du département du Rhône est un peu plus jeune que l'ensemble de la population nationale.

Tableau : répartition de la population par tranche d'âge (au 1^{er} janvier 2004)

Tranche d'âge	Département/ commune 2004		Données nationales 2004	
	nombre	%	nombre	%
< 19 ans	432 420	26.2	15 095 162	25.0
20-59 ans	908 434	55.2	32 769 265	54.3
60-64	70 270	4.3	2 625 170	4.4
65-74	123 170	7.5	5 103 905	8.5
75 ou +	112 055	6.8	4 746 498	7.9
Total population	1 646 349	100.0	60 340 000	100.0

Sources : INSEE-Estimation STATISS

1.1 Les personnes âgées

Au début de l'année 2004, la population des personnes âgées de plus de 60 ans du Rhône s'élevait à 305 495 personnes dont 193 440 entre 60 et 74 ans, 85 896 entre 75 et 84 ans et 26 159 au-delà de 85 ans.

L'état de santé des personnes âgées est, en Rhône Alpes, relativement favorable par rapport à d'autres régions : l'espérance de vie à la naissance y était en 2003 de 77, 4 ans pour les hommes et de 83,6 ans pour les femmes contre respectivement 75,9 et 82,9ans en moyenne nationale.

Calculée à partir des données issues de l'enquête HID, et notamment en utilisant les taux de prévalence de la dépendance qui en étaient issus, la population de personnes dépendantes (c'est-à-dire relevant des GIR 1 à 4) était évaluée à 16 937 personnes en 2000, soit 7, 6 % de la population des plus de 65 ans dans le département du Rhône.

Dans la région Rhône-Alpes comme dans l'ensemble du pays, quel que soit l'âge considéré, il apparaît que la vie à domicile reste le mode de vie principal, même si la part des personnes vivant à domicile diminue avec l'âge, les personnes de plus de 85 ans sont encore 76 % à vivre à domicile. Dans cette région, il apparaît que la part des personnes vivant à domicile varie assez sensiblement (le Rhône se situe dans la moyenne) en fonction des taux d'équipement en établissement d'hébergement.

¹⁴ INSEE DGI 2001

L'appréciation de la situation de dépendance des personnes âgées a été effectuée à travers l'application de la grille AGIR. Les données ci-dessous ne concernent que les bénéficiaires de l'APA donc les GIR 1 à 4.

Répartition des personnes âgées dépendantes identifiées, entre domicile et institution, par groupe iso-ressources (GIR)

	A domicile	En établissement
GIR 1	244	2325
GIR 2	1500	3654
GIR 3	1635	1661
GIR 4	3776	1993
Ensemble GIR 1-4	7155	9633
GIR 5	NS	775
GIR 6	NS	664
Ensemble GIR 5-6	NS	1439
Total	7155	11072

Source Département du Rhône ; pour les personnes vivant à domicile, données concernant les bénéficiaires de l'APA en 2004 et pour les personnes en établissements données 2006 portant sur 86 % de la capacité d'hébergement. NS : non significatif

Dans des études récentes, l'Observatoire régional de la santé (ORS) Rhône-Alpes¹⁵ fait apparaître des éléments intéressants sur les déficiences et incapacités des personnes âgées à partir des éléments recueillis dans l'enquête Handicap invalidité dépendance (HID). Il apparaît ainsi que les 75-79 ans sont 82 % à souffrir d'au moins une déficience alors qu'après 90 ans, ce sont 95 % de personnes de cette classe d'âge qui déclare souffrir d'une déficience. Il s'agit d'abord de déficiences motrices ou touchant aux organes (respiratoire digestifs, cardiovasculaires) et aux problèmes d'audition. Enfin, lorsqu'on s'intéresse aux incapacités des personnes de plus de 75 ans vivant à domicile, il apparaît que les principaux problèmes concernent la mobilité, les incapacités pour effectuer des tâches ménagères et de gestion et celles dues à un manque de souplesse ou résultant de difficultés de manipulation.

Dans l'étude précitée de l'ORS, il apparaît que le vieillissement de la population du département du Rhône va s'accélérer dans les prochaines années : si les tendances démographiques se poursuivent, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans va passer de 223 132 en 2000 à 311 877 en 2020.

Au sein de cette population, l'évolution la plus importante va concerner les plus de 85 ans dont le nombre devrait augmenter de quelques 21 000 personnes sur la période 2000 à 2020 (+ 71 %).

Afin d'appréhender l'effet de la démographie sur la dépendance, la DREES a élaboré, au niveau national, différents scénarii en fonction d'hypothèses sur les gains d'espérance de vie sans dépendance¹⁶. Si l'on retient les hypothèses du scénario central, le nombre de personnes âgées dépendantes passerait de 16 937 en 2000 à 21 047 en 2020 soit une progression de 24,3 % contre 22% au niveau national.

¹⁵ Les personnes âgées en Rhône-Alpes : Evaluation des besoins de prise en charge de la dépendance à l'horizon 2020 ORS Rhône Alpes octobre 2005

¹⁶ Bontout O, Colain C, Kerjosse R « personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 » in DREES, Etudes et résultats N° 161, février 2002

1.3. Les personnes handicapées

Les connaissances sur la situation des personnes âgées sont plus lacunaires que celles sur les personnes âgées en dépit des études menées dans la dernière période notamment par le CREAI pour la préparation du schéma départemental 2004-2008 d'organisation sociale et médico-social adultes handicapés (voir plus loin partie 3).

Le nombre de bénéficiaires de l'Allocation adultes handicapés (AAH) s'élève à 17212 en 2005 et il est proportionnellement moins élevé dans le Rhône que dans le reste du pays : le taux de nombre de bénéficiaire d'AAH pour 1000 personnes de 20 ans et plus s'élève à 14,2 contre 16,8 pour la France entière. Par ailleurs, 3450 personnes bénéficient de l'allocation compensatrice de tierce personne (ACTP) et 3290 personnes bénéficient de l'aide sociale départementale. Enfin 7200 places en établissements et services sont ouvertes sur le département. Les taux d'équipement se comparent défavorablement pour les Maisons d'accueil spécialisé (MAS) et favorablement pour les foyers de vie et les foyers d'accueil médicalisé aux taux nationaux.

Taux d'équipement au 101 2006 pour 1000 habitants de 20 à 59 ans

	Rhône	France
(MAS)	0,24	0,51
Foyer de vie	1,63	1,15
Foyer d'accueil médicalisé	0,42	0,31

Les extrapolations réalisées pour le Rhône à partir de l'enquête Handicap Incapacités Dépendance (HID) de 1999 ont fait apparaître que :

- 36 000 personnes estiment être dépendantes pour effectuer au moins une activité de la vie quotidienne (tâches ménagères et gestion administrative, mobilités et déplacements)
- 11 000 personnes ont besoin d'être aidées pour effectuer au moins un acte essentiel de la vie quotidienne (faire sa toilette, se coucher ou s'asseoir, manger des aliments déjà préparés)
- 37 000 personnes déclareraient être intéressées à bénéficier d'une aide humaine professionnelle ou non professionnelle à domicile.

Les 11 000 personnes handicapées évoquées ci dessus se répartissent par catégorie de handicap de la manière suivante :

35 % handicap intellectuel
 44% handicap psychique
 15% handicap neuro-moteur
 3% handicap cérébro -lésion
 2% handicap sensoriel
 1% handicap organique

Comme cela sera évoqué plus loin, la mise en place de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) devrait permettre de développer des études pour mieux connaître les personnes handicapées.

2 Les acteurs de l'action sociale et le partage des responsabilités

2.1 le Conseil général

Dans le nouveau cadre juridique issu de la décentralisation, qui a renforcé encore les capacités d'action déjà très fortement développées à partir de la mise en œuvre de l'APA, le département joue un rôle majeur de chef de file pour les politiques menées en direction des personnes âgées et handicapées. Pour le mettre en œuvre, il s'est doté d'une organisation administrative conséquente et il affecte une part significative de son budget aux dispositifs d'action sociale en direction des personnes âgées et handicapées.

2.1.1 Organisation des services

Les services centraux

Le Conseil général du Rhône est organisé en neuf pôles structurés par thème. Les questions concernant les personnes âgées et les personnes handicapées relèvent du pôle personnes âgées-personnes handicapées qui comprend les services suivants :

- coordination administrative
- coordination médico-sociale
- service des prestations individuelles à domicile
- service des établissements personnes âgées
- service des établissements personnes handicapées

Les Maisons du Rhône (MDR)

Le département du Rhône fait l'objet d'une organisation très particulière caractérisée par une forte déconcentration des services : les services centraux ont un rôle d'impulsion, de programmation, de régulation, de coordination, de contrôle et d'évaluation et les activités opérationnelles sont entièrement déléguées aux unités territoriales, les maisons du Rhône. Le département compte une unité territoriale par canton. Chaque unité territoriale se compose d'une « Maison du Rhône » (MDR) principale, le guichet unique du canton et selon la taille du canton, de « maisons du Rhône » secondaires à vocation uniquement médico-sociale et des permanences. On compte 126 MDR dont 47 principales et 79 secondaires auxquelles s'ajoutent des permanences. Les MDR principales regroupent tous les métiers, des techniciens, du personnel administratif et des travailleurs sociaux. Elles constituent un guichet unique de proximité qui donne une réponse aux usagers pour l'ensemble de leurs démarches dans une gamme large d'actions : de l'information au traitement de la demande. Elles constituent aussi un lieu d'échange pour tous les partenaires départementaux. La coordination entre les MDR est assurée au niveau central par le pôle proximité territoriale.

L'organisation territoriale du service social départemental s'appuie sur le principe de la polyvalence de secteur : chaque travailleur social doit être capable de traiter l'ensemble du dossier. Ce système possède l'avantage d'éviter le cloisonnement en une multitude de services et de proposer un interlocuteur unique à l'usager. Mais il présente aussi un inconvénient qui peut peser sur la qualité du service rendu : la multiplicité des prestations et la complexité de la réglementation font que tous les travailleurs sociaux ne sont pas également compétents sur tous les sujets. Outre les difficultés qu'il peut induire en terme de compétence pour la gestion de prestations qui exigent un haut niveau de technicité, ce choix de territorialisation a également pour contrepartie un coût de traitement du dossier relativement élevé.

Pour assurer son rôle dans la coordination gérontologique, le Conseil général s'appuie sur le comité départemental des retraités et des personnes âgées (CODERPA). Cette instance consultative d'une centaine de membres, placée auprès du président du Conseil général, a reçu pour mission principale de suivre la mise en œuvre du schéma 2004-2008. Six commissions ont été mises en place sur différents sujets (le guichet unique, l'offre médico-sociale de qualité en établissement, l'offre médico-sociale de qualité à domicile sur l'information et la communication sur les thèmes « vieillir demain », les points de convergence handicap et vieillissement). Ces groupes se sont réunis plusieurs fois entre septembre 2005 et septembre 2006 et ont abouti à des propositions opérationnelles qui au moment où est intervenue la mission étaient soumises aux responsables du pôle PAPH.

2.1.2 Les ressources engagées et les principales prestations servies

Le budget social du département du Rhône s'élève en 2006 à 652,36 millions d'euros. Les moyens consacrés à l'action sociale envers les personnes âgées et les personnes handicapées sont de 116,56 millions d'euros et de 161,10 millions d'euros. Les personnes âgées et les personnes handicapées représentent donc respectivement 18 et 25 % de ce budget, le reste des dépenses étant dédié à l'enfance, au RMI, à l'action sociale de proximité et de prévention et au logement. Les tableaux ci dessous font apparaître la répartition en 2004 des dépenses du département par type de dispositifs

Dépenses d'aide sociale et nombre de prestations servies à des personnes âgées bénéficiaires en 2004

	Montant en million d' €	Nombre de bénéficiaires
Aides aux personnes âgées à domicile		
Aides ménagères	0,728	403
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	36,399	8085
Aides aux personnes âgées en établissement		
Accueil en établissement au titre de l'aide sociale à l'hébergement (ASH)	25,478	2806
Accueil chez les particuliers	0,138	7
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	29,938	9231
Total APA	66,337	17 310
Total aides aux personnes âgées	92,682	20 939

Source : département du Rhône

Dépenses d'aide sociale et nombre de prestations servies à des personnes handicapées bénéficiaires en 2005

	Montant en millions d'euros	Nombre de bénéficiaires
Aides aux personnes handicapées à domicile		
Aides ménagères et auxiliaires de vie	1,390	322
Prestation de compensation du handicap (PCH)	0	0
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACPT) des moins de 60 ans	15, 795	1988
Aides aux personnes handicapées en établissement		
Accueil en établissement au titre de l'aide sociale à l'hébergement (ASH)	106, 192	NC (3205 en 2004)
Accueil chez les particuliers	0, 607	36
Accueil de jour	nd	710
Prestation de compensation du handicap (PCH)	0	0
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) des moins de 60 ans	2,692	1189
Total ACTP des 60 ans ou plus	18,488	3177
Total aides aux personnes handicapées	126, 678	NC

Source : département du Rhône

La croissance des dépenses d'action sociale et celle du nombre de bénéficiaires a été très rapide et d'abord du fait de la montée en régime de l'APA : le montant dépensé est ainsi passé de 34,97 millions d'euros en 2002 à 78,7 millions d'euros en 2006

2.2 L'Etat

2.2.1 La direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) :

L'évolution du dispositif d'action sociale à travers la nouvelle étape décentralisation en 2004 a conduit à des changements dans le positionnement de l'Etat. La DDASS avait participé très activement à la préparation des différents schémas : schéma gérontologique 2004 –2008, schéma adulte handicapé 2004 -2008, schéma enfance et adolescence handicapée 2006-2010 (voir ci après). Pour l'avenir, dans le nouveau cadre réglementaire, elle se limitera à donner un avis sur le futur schéma directeur d'organisation sociale et médico-sociale qui sera préparé en 2007 sur la base d'une évaluation en cours mais qui est assuré par le Conseil général seul.

Outre sa contribution à la préparation du PRIAC et à la gestion des crédits du budget opérationnel (BOP) du programme 157 « handicap et dépendance », effectuée sous l'égide de la DRASS (voir ci après), la DDAS continue à mettre en œuvre des activités significatives dans les domaines personnes âgées et personnes handicapées mais sans être en position de chef de file.

Pour les personnes âgées, l'activité majeure de la DDASS est liée à la réforme de la tarification et donc à la politique de médicalisation des EPHAD (voir plus loin) gérée conjointement avec le Conseil général. La DDASS mène aussi une action importante sur la maltraitance en liaison étroite avec le Conseil général. Un système centralisé de traitement et d'instruction des plaintes a été mise en place et a permis de recueillir 90 plaintes en 2005. Sur la base notamment des signalements de maltraitance recueillis dans le cadre d'un système d'information partagée (PRISME) (282 en 2006), elle a effectué, conjointement avec les services du Département, 21 inspections en 2004, 19 en 2005 et 13 en 2006. En 2005, en

application du programme régional d'inspection, ont été effectuées 7 inspections dans des établissements ayant une capacité inférieure à 25 lits, considérés comme présentant des risques spécifiques. En revanche très peu d'inspections ont concerné les établissements pour personnes handicapées. Dans ce domaine, la DDASS agit désormais pour l'essentiel dans le cadre de la MDPH donc sous l'égide du président du Conseil général (voir plus loin). Dans ce cadre, le domaine de l'enfance handicapée fait l'objet d'un investissement particulier et notamment du fait des responsabilités de l'Etat dans le domaine de l'Education Nationale. Pour la mise en œuvre de ses missions, la DDASS mobilise des effectifs à hauteur de 5,5 cadres A en ETP (2, 5 pour le domaine personnes âgées et 3 ETP pour celui du handicap). Dans le cadre de la mise en place de la MDPH (voir plus loin), elle a transféré à cette dernière des effectifs à hauteur de 30 ETP sur un total de 205 antérieurement. Enfin la DDASS joue un rôle dans l'articulation entre le sanitaire et le social à travers sa participation à l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) et au Groupement régional de santé publique (GRSP) et donc à travers sa contribution à la préparation et à la mise en œuvre des SROS et des programmes de santé publique mais aussi via l'ARH à la gestion de la Dotation de développement des réseaux (DDR) qui permet le financement pour les réseaux gérontologiques.

2.2.3. La direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) de Rhône-Alpes

L'intervention de la DRASS touche d'abord la programmation des dotations médico-sociales désormais dans le cadre du PRIAC mais aussi la gestion du programme 157 handicap dépendance qui rassemble les crédits consacrés à ce domaine dans le budget de l'Etat. La DRASS joue aussi un rôle important dans le développement de l'observation sociale et donc dans le pilotage ou la participation à des travaux tels que ceux menés par le CREAI pour la préparation des schémas et du PRIAC (voir plus loin). Enfin la DRASS a une position privilégiée pour assurer une cohérence entre le sanitaire et le médico-social à travers son rôle dans la préparation et la mise en œuvre du PRSP et sa participation au groupement régional de santé publique (GRSP) (par exemple pour la mise en œuvre d'actions sur la santé des personnes âgées, dans le cadre du programme « Bien vieillir »).

2.3 La CRAM

2.3.1. Organisation

Pour ses interventions en direction des personnes âgées et des personnes handicapées, la CRAM est organisée en deux niveaux :

- Au siège : un département « Personnes Agées- Personnes Handicapées » et un département « Recherche, Prévention et Prospective » qui est en charge des actions de prévention pour les seniors et de la mise au point d'actions innovantes (voir plus loin)
- Sur le terrain à partir du service social régional qui dispose d'une forte implantation territoriale constituée par 192 points de permanence dans le ressort géographique de la CRAM dont 26 dans le département du Rhône.

2.3.2. Activités

En 2005, 37 902 personnes ont bénéficié d'au moins une prestation servie par la CRAM dont 8235 dans le Rhône (dont 7435 pour une prestation d'aide ménagère, 182 pour des interventions sur l'habitat et 618 pour les autres aides). Plus globalement le service social a

accompagné 41 242 personnes dont 2114 dans le Rhône. La part des personnes âgées représente globalement un peu plus de 16 % soit pour le Rhône plus de 350 personnes.

Les actions individuelles

Dans la dernière période, et en application des orientations nationales découlant de la COG 2005-2008 mais, de fait dans le prolongement de démarches anciennes, la CRAM a ciblé davantage son action sur les retraités qui sont les plus fragiles, notamment en raison de leur niveau de ressources, de leur isolement social et de leur état de santé ou de leurs conditions de vie.

Dans ce sens, elle a donné une forte priorité à l'évaluation globale des besoins, à la personnalisation des plans d'aide et à l'adaptation de l'offre en s'appuyant sur l'ensemble des partenaires, à la promotion d'actions de prévention pour les seniors dans le cadre du programme national « Bien vieillir » et à l'amélioration de la communication mais aussi de la qualité des services à domicile.

Dans le cadre fixé par la COG 2005-2008 et le contrat de programmation et de gestion (CPG), la CRAM a profondément modifié le dispositif qui organise l'évaluation médico-sociale des personnes âgées et donc la définition de plan d'aide adapté aux besoins. Antérieurement les évaluations étaient réalisées par les associations prestataires de services dans le cadre de l'utilisation d'une enveloppe fermée. Désormais les évaluations doivent être assurées par des organismes indépendants des prestataires.

Le travail d'évaluation est donc désormais réalisé par les 12 échelons locaux du service social mais aussi par des partenaires tels que certains CLIC ou les centres de prévention des régimes complémentaires. A la fin de l'année 2006, des contacts étaient en cours avec des unions départementales de centre communaux d'action sociale (UDCCAS) et avec l'Union régionale des associations familiales (URAF). La CRAM rémunère les prestataires sélectionnés à hauteur de 100 euros par évaluation (si la prestation comporte aussi la mise au point du plan d'aide sinon le montant versé est limité à 60 euros)

A la fin 2006, 25 structures étaient opérationnelles sur l'ensemble de la région et au 30 novembre 2006, 1063 évaluations avaient été réalisées dans le département du Rhône. La montée en régime du nouveau dispositif devrait se poursuivre en 2007, année au cours de laquelle 50% des bénéficiaires devraient être concernés, et afin d'atteindre 70 % en 2008 et 100 % en 2009..

Une très large part des aides de la CRAM concerne les aides ménagères mais la CRAM finance d'autres prestations telles que la garde à domicile, des aides à l'adaptation personnalisée du logement, la téléalarme, l'aide aux vacances, l'accueil de jour ou l'hébergement temporaire et l'aide au retour à domicile après hospitalisation. Sur ce dernier point un effort particulier de développement a été engagé. Des conventions ont été passées avec 52 établissements. Mais globalement seul un tout petit nombre de personnes est concerné dans le département du Rhône. L'essentiel de la demande et donc des engagements financiers de la CRAM continue à porter sur l'aide ménagère.

La CRAM s'est engagée dans une redéfinition globale de son offre de services en expérimentant en 2006 dans deux départements dont le Rhône. Il s'agit de mettre en œuvre un plan d'actions personnalisé (PAP) à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne, effectuée par une structure dûment habilitée par la CRAM. Le retraité bénéficie d'actions personnalisées financées sous forme d'allocation annuelle dite aide forfaitisée. Sa participation est décidée sur la base d'un plafond de ressources et la CRAM couvre le solde à concurrence de 80 % des dépenses engagées dans la limite d'un forfait annuel de 720 euros.

Ce PAP n'intègre pas les aides humaines ; il permet le financement de prestations telles que - des aides techniques : canne, déambulateur, rehausseur WC, barre d'appui, siège de salles de bains, tapis anti-dérapant, rampe

- Des aides à la communication par exemple des téléphones adaptés
- Des interventions de service : dépannage à domicile, téléalarme
- des conseils orientations hébergement temporaire accueil de jour
- d'autres services tels que transport accompagné ou prise en charge de pédicurie

Le PAP est suivi par un référent désigné par la CRAM. Ce référent joue notamment un rôle de centralisation des factures et donc assure le caractère global du paiement par la CRAM chaque mois. Pour ce faire, il reçoit de la CRAM une rémunération de 15 euros par dossier et par mois. La démarche de PAP doit donc être un levier pour la diversification mais aussi un meilleur ciblage des aides par rapport aux besoins.

S'agissant des interventions en faveur des personnes handicapées, le service social de la CRAM contribue à l'évaluation et à l'accompagnement des personnes en situation de handicap et met en œuvre des groupes d'expression et de soutien tant en faveur des personnes handicapées que des aidants familiaux. La CRAM a poursuivi ces interventions dans le nouveau dispositif législatif A ce stade, toutefois, la CRAM n'est pas présente dans le comité exécutif de la MDPH (voir plus loin).

Les actions de prévention du vieillissement : le programme ATOO

Depuis le début des années 1980, la CRAM propose une offre de prévention globale et pluridisciplinaire. A partir de 2001, sur la base de cette expérience, elle a expérimenté un programme de prévention appelé ATOO qui s'adresse aux personnes de 55 ans à 70 ans. L'objectif est d'agir sur des facteurs prédictifs du bien vieillir tel que la planification de l'avenir, la santé physique et les modes de vie, les activités cognitives, le réseau social, la dimension émotionnelle ou affective de la santé. A partir d'une évaluation psycho-sociale (réalisée sur la base d'un questionnaire et d'une analyse informatisée aboutissant à repérer des niveaux de risques), la personne est accompagnée par une équipe pluridisciplinaire (médecin, assistante de service social, psychologue, conseillère en prévention santé). Cette équipe établit en liaison avec la personne un programme personnalisé qui rassemble des conseils individuels et la participation à des actions collectives ; l'ensemble des activités mises en œuvre étant suivi à travers « un passeport ».

La CRAM a fait procéder à des évaluations sur l'effectivité qui ont conduit à envisager de développer le programme initialement testé dans l'Ain puis en dans la Drome et l'Ardèche : . Au moment du passage de la mission des contacts étaient en cours avec le CODERPA du Rhône pour étendre la démarche à ce département.

Le développement du partenariat et notamment le soutien à la coordination gérontologique locale

La CRAM a développé un partenariat formalisé avec le conseil général du Rhône essentiellement pour la mise en place de l'APA (à travers deux conventions sur l'instruction des demandes et les modalités de coopération). La CRAM crée également des liens forts avec les CCAS et leur association, l'union départementale des CCAS mais aussi avec l'URAF et l'UDAF du Rhône.

La CRAM a soutenu le développement de l'observation sociale (en participant à la réalisation de monographies concernant le renforcement de la coordination gérontologique (voir plus loin) et pour la préparation des schémas. Elle soutient également la mise en place des CLIC (voir plus loin partie 4-2). Sur la base d'un cahier des charges, elle a subventionné 16 CLIC dans la région dont un sur le Rhône. Comme cela a déjà été indiqué, elle finance aussi leurs activités d'évaluation quand celles-ci sont menées dans le cadre du financement de l'aide ménagère pour les GIR 5 et 6. Le partenariat avec le Conseil général devrait se développer encore davantage dans la période à venir : une convention départementale de coordination gérontologique est en projet entre le département du Rhône et la CRAM

Les moyens engagés

Le tableau ci-dessous fait apparaître les principaux engagements financiers. Le volume financier mobilisé (hors aide à l'investissement) est sans commune mesure avec ceux évoqués précédemment pour le Conseil général.

Tableau financements CRAM pour l'aide sociale pour les personnes âgées

	Dotations 2005	Dotations 2006
Actions collectives et individuelles		
Aide ménagère à domicile	26,454	27,801
Dispositif d'évaluation globale des besoins	0,312	0,608
Plans d'actions personnalisés et partenaires locaux	4,029	5,190
Total actions collectives et individuelles	30,795	33,599
Lieux collectifs (investissements) crédits de paiement	6,639	8,060

source : CRAM, millions d'euros

3 Le pilotage stratégique de l'action sociale en faveur des personnes âgées et handicapées : planification et programmation

La coordination entre les différents acteurs évoqués précédemment s'effectue avec l'aide d'outils tels que les schémas départementaux et depuis peu à travers le PRIAC.

3.1 les schémas départementaux

3.1.1 Le schéma départemental 2004 2008 d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées

Le schéma 2004-2008 a été élaboré conjointement par l'Etat (DDASS) et le Conseil général. C'est le deuxième schéma de ce type. Il est organisé autour d'un petit nombre de constats :

- la forte volonté des personnes âgées de rester à domicile et dans ce contexte une difficulté à développer les modes d'accueil alternatif (type hébergement temporaire) et les politiques d'aide à l'adaptation du logement qui sont des outils indispensables pour le maintien à domicile
- un dispositif de prise en charge complexe et peu lisible et un relatif cloisonnement entre les intervenants
- un hébergement collectif à adapter avec notamment un effort à poursuivre pour la médicalisation des maisons de retraite
- un état de santé relativement satisfaisant mais des actions de prévention à développer pour reporter le plus possible l'âge d'entrée dans la dépendance.

Sur cette base, ont été définis quinze programmes d'actions, regroupés en trois axes :

- Organiser, avec la personne âgée, une prise en charge médico-sociale coordonnée à travers un maillage territorial plus efficace, la mise en place d'un « référent » pour accompagner chaque personne âgée et suivre la mise en œuvre d'un projet de vie individualisé.
- Développer une offre médico-sociale de qualité et homogène par des actions concernant le soutien au maintien à domicile des personnes âgées (développement des SSIAD, des services d'aide à domicile, des modes d'accueils alternatifs et de l'accueil familial) et la qualité de service des hébergements (développement de l'offre d'accueil permanent et conception de foyers logement adaptés aux besoins, notamment en prenant mieux en charge la dépendance psychique et en organisant les établissements et services en réseau).
- Animer la politique gérontologique départementale en confortant le rôle des instances consultatives, en développant la prévention et la promotion de la santé et en valorisant les outils d'animation de la politique gérontologique.

L'ensemble de ces actions traduit la volonté des responsables de répondre de manière cohérente aux besoins. Mais le contenu du schéma se limite à des orientations très générales sans qu'aient été établis des objectifs opérationnels assortis d'indicateurs qui permettraient de suivre l'évolution de la performance. Le schéma ne comporte pas non plus de programmation financière ni d'éléments permettant d'appréhender la contribution attendue de partenaires majeurs du Conseil général tels que les services de l'Etat, la CRAM. De ce fait, son caractère opérationnel n'est pas assuré.

3.1.2 Le schéma départemental 2004-2008 des personnes handicapées

Ce schéma été établi lui aussi conjointement par l'Etat et le Conseil général, et il est construit autour d'un petit nombre d'orientations prioritaires qui sont déclinées en une vingtaine d'actions :

- Favoriser l'insertion sociale et l'intégration dans la cité des personnes adultes handicapées en renforçant le soutien à domicile et en améliorant l'insertion professionnelle (notamment favoriser l'accessibilité et la mise en place du dispositif site pour la vie autonome (SVA))
- Faire face aux besoins d'accueil en établissements et services des adultes handicapés au cours des cinq prochaines années : optimiser l'existant par l'amélioration de la fluidité entre structures, créer de structures d'hébergement et d'accompagnement innovantes variées et adaptées au handicap psychique, améliorer et diversifier l'offre d'accueil pour les personnes handicapées très dépendantes
- Mieux répondre au droit d'accès au soin des personnes handicapées
- Promouvoir une démarche de qualité dans les prestations offertes aux personnes handicapées.

Comme pour ce qui concerne le schéma du département pour les personnes âgées, le schéma personnes handicapées comporte surtout des orientations de portée générale et peu d'objectifs chiffrés de performance. Il est donc difficile d'évaluer ses conditions de mise en œuvre opérationnelles et notamment d'apprécier son articulation avec les budgets successifs votés par l'assemblée départementale.

3.1.3 le schéma « Enfance handicapée ».

C'est le dernier schéma réalisé et il va s'appliquer sur la période 2006-2010. Il a été précédé d'un diagnostic approfondi préparé par diverses études du CREAI et par des réunions de 7 groupes de travail sur des thématiques définies à partir du nouveau cadre législatif. Ces travaux ont abouti à différents constats :

- Un manque de places très important pour les enfants handicapés notamment pour les plus de 12 ans, les enfants handicapés déficients intellectuels moyens et profonds et les enfants présentant des troubles du caractère et du comportement
- L'existence d'un nombre significatif d'enfants sans solution : 915 orientations prononcées par la CDES n'ont pas pu aboutir, ce qui représente 53 % des notifications de la campagne d'orientation 2003-2004.
- Des échanges inégaux avec les départements limitrophes. Le Rhône a nettement plus de ressortissants accueillis dans les départements limitrophes (681 dont beaucoup dans l'Ain) qu'il n'accueille d'enfants des autres départements (500)
- Des trajectoires de ruptures, notamment au moment de l'entrée en établissements spécialisés
- La complexité des prises en charge
- L'insuffisance des places d'accueil temporaires

Les principales orientations retenues sont :

- d'améliorer la prise en charge précoce et les accompagnements lors de la petite enfance
- de garantir un parcours de scolarisation et de formation adaptée
- de favoriser le maintien des acquis et le développement des capacités

- de renforcer et d'adapter les réponses aux besoins notamment pour ce qui concerne l'offre d'accueil temporaire et les transports
- de mieux articuler les soins et l'accompagnement médico-social
- de renouveler les relations et les soutiens aux familles

Le schéma comporte une programmation financière indicative mais qui est limitée pour la création de places. Mais là aussi son opérationnalité est limitée en l'absence d'objectifs de performance accompagnés d'indicateurs pour assurer le suivi année après année de son avancement.

3.1.4. Les études en cours pour la préparation des schémas ultérieurs

Un groupe de travail a été mis en place au sein du CROMS Rhône-Alpes pour réfléchir aux questions d'« évaluation des besoins sociaux et médico-sociaux » et à « l'analyse de leur évolution ». A l'instigation de la DRASS, le CREAI Rhône Alpes a engagé des études sur les schémas mis en œuvre par les différents départements de la région. Il s'agit d'établir des comparaisons entre les actions retenues et, dans la perspective de la préparation des nouveaux schémas, d'entreprendre des études pour aider au repérage des nouveaux besoins et des nouvelles problématiques d'intervention.

Ainsi pour les questions concernant l'enfance handicapée, ont été déterminés des champs sur lesquels l'étude des besoins doit être approfondie :

- Le droit à la scolarité, à l'enseignement (l'inscription de tous les enfants à l'école du quartier)
- La prévention et la prise en charge précoce
- L'accueil dans les structures de la petite enfance
- La prise en compte de troubles d'apprentissage et du langage
- La prise en compte plus importante de certains handicaps : autisme ; handicap rare, maladie
- La question du référent

S'agissant des adultes handicapés, les questions de maintien à domicile, la prise en compte du vieillissement, les besoins propres des travailleurs handicapés et les questions de handicap psychique et de formation professionnelle des intervenants devaient recevoir une attention prioritaire.

3.1.5 La coordination avec le sanitaire

S'agissant du Rhône, le constat a été fait à l'occasion de la préparation du SROS que les capacités d'accueil en moyen séjour étaient insuffisantes et qu'il fallait surtout mieux articuler services des urgences services de court séjour gériatriques et aussi d'intervenir en amont pour prévenir des hospitalisations injustifiées. L'ARH Rhône-Alpes a décidé d'introduire un volet filière gériatrique dans le SROS avec l'objectif d'améliorer l'organisation de la filière gériatrique. Dans les délais qui lui étaient impartis, la mission n'a pas pu expertiser les orientations du PRSP ni apprécier les actions menées notamment dans le cadre du plan national nutrition santé en direction des personnes âgées.

3.2 Le PRIAC

3.2.1. L'élaboration du PRIAC 2006 –2008.

Le PRIAC (programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie) fixe les priorités de financements pour les créations, extensions et transformations des établissements et services médico-sociaux à échéance de trois années et il a vocation à être actualisé chaque année.

Pour la région Rhône-Alpes, le premier PRIAC 2006 –2008 a été élaboré au cours du premier semestre 2006 à partir d'un document d'orientation régional (DOR) achevé en février 2006 au terme d'un travail conjoint effectué par les services de l'Etat (DRASS et DDASS) et les Conseils généraux. Le DOR avait lui-même été nourri par différentes études notamment celles réalisées par l'ORS Rhône Alpes déjà citées. Sur cette base et suite à la concertation menée par chaque DDASS avec le conseil général correspondant, la DRASS a construit un projet de PRIAC, dans la forme prescrite par la CNSA, pour garantir une présentation homogène et faciliter les arbitrages du niveau national.

Le DOR et le PRIAC ont fait l'objet d'un examen en comité technique régional et interdépartemental (CTRI) le 15 mars 2006. A cette réunion participait aussi le directeur de l'ARH qui a ainsi pu faire ses observations sur le projet. Enfin le PRIAC a été adopté par le préfet de région à l'issue du comité d'administration régionale (CAR) réuni le 6 avril 2006.

La CNSA a notifié ses décisions de financement pour l'année 2006 en trois étapes en distinguant personnes âgées et personnes handicapées :

- Au 15 février 2006 pour ce qui concernait les crédits de reconduction
- En septembre et octobre 2006 pour ce qui concernait les mesures nouvelles suite à la prise compte du PRIAC
- En toute fin d'année pour les derniers ajustements et donc pour fixer définitivement les dotations 2006. En plus des crédits 2006, des « enveloppes anticipées 2007 » ont été notifiées début octobre 2006 par la CNSA.

Le PRIAC est construit autour d'un petit nombre d'axes majeurs qui portent sur le développement et le soutien à domicile, le renforcement du nombre de places mais aussi de médicalisation des établissements. Les besoins ont été évalués à partir de projections démographiques et donc d'estimations sur la prévalence de la dépendance. Ces analyses ont confirmé l'existence de fortes disparités intra-régionales. Ainsi, en Haute Savoie, la médicalisation était pratiquement achevée dès 2004. Sur cette base, le nombre de places nécessaire à échéance du PRIAC a été calculé en appliquant des indices moyens nationaux et par différence avec les niveaux d'équipement atteints en début de période. Les décisions notifiées par la CNSA reposent sur la prise en compte de différents critères dont l'euro par habitant de l'ONDAM médico-social (en y intégrant les actes infirmiers et les USLD) et le taux d'équipement.

Première évaluation et enseignements retirés de la procédure :

La procédure menée en 2006 a fait apparaître des difficultés qui n'ont pas permis d'atteindre, pour ce premier exercice, l'objectif d'articulation des priorités nationales et de celles définies au niveau local notamment dans le cadre de schémas directeurs départementaux. Il est vrai qu'en 2006 l'exercice s'est effectué dans des délais très tendus.

Néanmoins des difficultés sont apparues qui paraissent moins tenir à des contraintes de calendrier qu'à des insuffisances dans les procédures. La communication entre la CNSA et les DRASS et DDASS et entre ces organismes d'Etat au sens large et les collectivités locales a été déficiente. Le cadre imposé par la CNSA pour la transmission des propositions rendait très difficile d'en apprécier leur cohérence et notamment par rapport aux objectifs de rééquilibrage entre départements ou pour la prise en compte des priorités inscrites dans les schémas départementaux dont l'hétérogénéité profonde rendait difficile l'exercice de synthèse au niveau régional. Les notifications de crédits n'ont pas été accompagnées d'éléments explicatifs permettant aux services de l'état mais aussi aux collectivités locales d'en comprendre la logique.

Au-delà des questions de communications, les procédures mises en œuvre pour l'élaboration des projets de PRIAC puis les conditions de préparation des décisions de la CNSA et donc des PRIAC définitifs ne garantissaient pas une réelle lisibilité sur la prise en compte des politiques nationales. Au départ de la procédure, il n'y pas eu de « cadrage national » c'est-à-dire de formalisation des orientations nationales de moyen terme qui aurait permis dans chaque région une première intégration des choix nationaux. Celles ci ont sensiblement évolué en cours de déroulement de la procédure, du fait du lancement du plan Solidarité Grand Age (PGSA) qui définit des mesures et une programmation financière pour les cinq ans à venir. Or pour répartir les financements, la CNSA a utilisé en 2006 des critères qui semblent peu liés aux conditions de mise en œuvre du PSGA.

Plus globalement, la procédure s'est révélée beaucoup plus centralisée que précédemment du fait de la notification directe par la CNSA des décisions département par département donc sans prise en compte des arbitrages réalisés de manière souvent très consensuelle entre les acteurs locaux au sein de la région Rhône Alpes. Au final, la concertation entre l'Etat et l'assurance maladie d'un côté les départements de l'autre a été perçue comme assez pauvre alors même que la démarche de PRIAC dans son principe recueillait un large consensus.

Au moment où est intervenue la mission, des évolutions étaient en cours. Pour 2007, la CNSA a sensiblement modifié les procédures et la concertation avec les acteurs locaux devraient s'améliorer.

4. La mise en œuvre de l'action sociale pour les personnes âgées

4.1 L'amélioration de l'accès aux prestations

La porte d'entrée dans le système d'aide est constituée le plus souvent par les CCAS et les mairies qui orientent les personnes dans les unités territoriales du Conseil général, les « maisons du Rhône », pièces centrales dans l'accès aux prestations d'action sociale.

- **Les « maisons du Rhône » offrent un service proche de l'utilisateur dont la compétence peut gagner en technicité**

Le maillage du territoire est relativement serré. La déconcentration est très poussée dans le Rhône puisqu'il existe dans pratiquement chaque canton du Rhône et dans chaque arrondissement de Lyon, une unité territoriale du Conseil général (cf. II-1-1). Les équipes sociales comprennent entre 1 et 30 assistantes sociales. Ces Maisons du Rhône sont bien identifiées et servent de point d'entrée unique pour l'obtention de prestations ou le suivi pour les personnes âgées mais aussi pour les personnes handicapées. Dans les MDR, les dossiers sont instruits, les visites à domicile sont organisées, les plans d'aide sont préparés par des équipes pluridisciplinaires composées de personnels administratifs, de travailleurs sociaux, de médecins. Selon les interlocuteurs rencontrés par la mission, l'organisation retenue offre un service de proximité à l'utilisateur ; mais qui peut, à certains endroits, gagner en technicité.

- **L'accès aux services des caisses d'assurance maladie**

Le service social régional est implanté dans 26 points de permanence dans le département du Rhône. Il est situé dans les centres de l'Assurance Maladie et de manière plus délocalisée au sein des collectivités territoriales et notamment des mairies. En région Rhône-Alpes, il existe aussi un réseau de partenaires capable d'informer l'utilisateur. Dans le département du Rhône, ces partenaires sont le CLIC que la CRAM co-finance ainsi que les prestataires de service qui servent d'interface entre le service social régional et la personne âgée. 51 partenaires sont conventionnés avec la CRAM dans le Rhône.

4.2 Le renforcement de la coordination gérontologique locale.

4.2.1. La politique de développement des CLIC

Comme cela a déjà été évoqué, le Conseil général a organisé dès 1995 à travers la création des MDR la territorialisation de l'ensemble de ces services avec pour objectif de faciliter ainsi la coordination gérontologique locale. A partir de 2001, l'Etat a lancé un programme expérimental de CLIC et, dans ce cadre, 5 CLIC ont été créés et fonctionnaient fin 2003 :

CLIC de Villeurbanne niveau 3

CLIC Saint Fons et Saint Symphorien d'OZON niveau 1

CLIC ACARPA de Ville franche sur Saône : niveau 2

CLIC SIPAG des cantons de Vaugneray et Tassin : niveau 3

CLIC CRIAS niveau 1

En application de la loi du 13 août 2004, le département a repris en charge au 1^{er} janvier 2005 la responsabilité du pilotage des CLIC. La politique du département a évolué. Initialement réservé car craignant en fait que les CLIC n'apportent pas une vraie valeur ajoutée, le Conseil général a modifié son approche lorsqu'il est apparu que les CLIC étaient un facteur de dynamisation du partenariat. En juin 2005 l'assemblée départementale a décidé de labelliser l'ensemble des MDR en CLIC de niveau 2 (c'est-à-dire assurant à la fois une mission d'information mais aussi d'évaluation). Cette décision a suscité des difficultés avec les CLIC les plus structurés mais surtout il est apparu que le dispositif retenu en 2005 n'était pas suffisant pour garantir une bonne articulation avec tous les CCAS et surtout avec les acteurs du sanitaire.

En ce qui concerne les GIR 5-6, la multiplicité des intervenants lors de l'évaluation rend le dispositif peu lisible. L'étude de la CRAM déjà citée met en évidence l'absence de lisibilité du dispositif pour la personne âgée. Celle-ci identifie difficilement son interlocuteur et n'est pas en mesure de re-contacter la structure qui a pratiqué l'évaluation. Pour certains, le référent est le CLIC, pour d'autres c'est la mairie. La coordination avec le sanitaire est aussi un enjeu important pour progresser. La démarche mise en place entre deux établissements PSPH l'hôpital saint Joseph saint Luc et l'hôpital de Fourvière centre de gérontologie est très intéressante. La création d'une antenne gériatrique au service des urgences a permis de réserver 50 % des entrées en médecine gériatrique à la post urgence de Fourvière. Par ailleurs, pour prévenir les hospitalisations et assurer un meilleur suivi des sorties d'hôpital, un réseau gériatrique a été mis en place à partir du CLIC de Lyon 5 Fourvière. Il permet d'offrir une aide au diagnostic à travers l'organisation de consultations spécialisées : évaluation gérontologique, prévention des chutes, consultation de mémoire, dépistage et prévention de l'incontinence et hospitalisation de jour.

Les travaux déjà évoqués sous l'égide du CODERPA ont confirmé l'intérêt d'une meilleure structuration des CLIC, par exemple pour faciliter l'articulation avec le sanitaire. C'est pourquoi le Conseil général va relancer en 2007 la mise en place de CLIC de niveau 3 (c'est-à-dire fonctionnant aussi comme des têtes de réseau pour les acteurs du sanitaire) avec l'objectif de faire, à l'horizon 2008, de 15 MDR des supports pour des CLIC 3

4.2.2 La démarche mise en œuvre à Sainte-Foy-Lès-Lyon

Même s'il a montré les limites évoquées précédemment, le fonctionnement des MDR CLIC a fait apparaître l'intérêt du dispositif en termes d'amélioration de l'accueil et d'orientation mais aussi de coordination entre les acteurs et de développement de dynamiques d'animation collectives en direction des personnes âgées. La mission a ainsi particulièrement apprécié l'expérience acquise à Sainte-Foy-Lès-Lyon. Le CLIC rattaché à la maison du Rhône (MDR), rassemble les services sociaux de divers organismes (l'hôpital local, la SNCF qui est l'un des gros employeurs de la région, la CRAM), les associations d'aide à domicile, le CCAS de la commune de Sainte-Foy-lès-Lyon et l'équipe médico-sociale et administrative de la MDR. Ces partenaires se réunissent 4 à 5 fois par an pour aborder les différents aspects de la vie des personnes âgées (autonomie, vie sociale, santé physique et mentale). Dans ce cadre, a été mise en place une coordination des professionnels pour le maintien à domicile des personnes âgées.

Le groupe de coordination gérontologique du maintien à domicile a été créé en mai 2000 par l'association intercommunale de coordination gérontologique des cantons de la Mulatière, Oullins, Ste Foy lès Lyon. Ce groupe réunit des professionnels du domicile dont l'objectif principal est d'améliorer le partenariat des aidants professionnels autour de la personne âgée en perte d'autonomie. Ce groupe, composé de représentants de diverses institutions présentes sur le canton, a travaillé à la construction de la coordination de manière à

- établir une coordination gérontologique de proximité avec et autour de la personne âgée (pour mutualiser les compétences, affiner l'évaluation de la situation grâce au croisement des points de vue entre professionnels et améliorer la précision des réponses et la cohérence des interventions)
- établir une coordination gérontologique institutionnelle

Les objectifs sont les suivants :

- rencontrer et permettre aux professionnels du soutien à domicile de se connaître, d'intégrer les nouveaux arrivants, de sortir de l'isolement professionnel et de trouver un appui entre professionnels.
- construire une culture gérontologique commune, identifier les missions, comprendre les activités de chacun et le fonctionnement dans le cadre des structures d'exercice.
- mettre en place un temps d'information pour évoquer les évolutions législatives de la politique de la vieillesse.
- créer des espaces de réflexion, des temps d'échanges pour des techniciens aux approches culturelles et méthodologiques différentes.

Depuis cinq ans, le groupe, qui se réunit plusieurs fois par an, travaille son projet de coordination. S'il semble avoir atteint sa maturité, il est, selon ces fondateurs, en recherche d'une légitimité institutionnelle de fonctionnement qui pourrait être obtenue grâce à la labellisation CLIC. En effet, un statut CLIC permettrait de mettre en place une structuration efficace et pérenne de la coordination gérontologique et mettrait en évidence pour les autres acteurs une structuration identifiée de la coordination.

4.3. L'amélioration de la qualité des prestations à domicile

Les prestations à domicile sont servies par deux acteurs majeurs, le Conseil général et les caisses de sécurité sociale, selon un partage des responsabilités clairement établi : les personnes âgées les plus dépendantes (relevant des GIR 1 à 4) relèvent du Conseil général et les autres (GIR 5 et 6) des caisses de sécurité sociale.

4.3.1. L'évaluation médico-sociale

L'orientation des personnes âgées vers le bon interlocuteur au moyen de: la coordination entre les différents partenaires devrait simplifier le parcours des personnes âgées.

Dans le cadre de l'APA, les plans d'aide à la personne reposent sur une évaluation médico-sociale du niveau de dépendance de la personne au moyen de la grille AGGIR. Selon son degré de dépendance, la personne peut bénéficier de l'APA et relever du Conseil général (si elle est classée dans un GIR 1 à 4) ou bien relever de sa caisse de sécurité sociale (GIR 5 et 6). Les évaluations permettant d'attribuer un GIR à la personne âgée sont réalisées par le Conseil général et les caisses de sécurité sociale. Dans le cas du Conseil général, la grille AGGIR est remplie par le médecin de la personne et ensuite le médecin du Conseil général attribue le GIR. Si la personne âgée s'adressant au Conseil général relève, au terme de cette évaluation par un médecin du Conseil général, d'une prise en charge du Conseil général (GIR 1 à 4), aucune coordination n'est nécessaire. Mais si la personne âgée s'est adressée à un autre interlocuteur (CRAM ou MSA) que le Conseil général, et qu'au terme de l'évaluation, elle est classée dans un GIR 1 à 4, elle est renvoyée vers le Conseil général qui procède à une nouvelle évaluation. Pour simplifier l'accès aux prestations des personnes âgées et éviter de

leur faire subir une nouvelle évaluation, le Conseil général réfléchit à une reconnaissance des évaluations de la CRAM ou de la MSA.

Inversement, si l'évaluation menée par le Conseil général révèle que le demandeur n'est pas dépendant au regard de la grille AGGIR, c'est-à-dire s'il relève d'un GIR 5 ou 6, la maison du Rhône envoie systématiquement une copie de l'arrêté de rejet à la CRAM, mais il n'y a pas de convention formalisée entre le département du Rhône et la CRAM.

4.3.2. L'instruction des dossiers

- **L'instruction des dossiers APA**

En 2006, dans le Rhône, près de 15 000 demandes APA ont été présentées. La proportion de nouvelles demandes acceptées s'élève à 71,5%, pour l'APA à domicile (figure 1a) et à 94% pour l'APA en établissement (figure 1b). Quant aux révisions, elles n'aboutissent que très rarement à des refus. Le principal motif de rejet des demandes d'ADPA est le classement en GIR 5-6 de la personne âgée.

Figures 1a et 1b : Demandes APA dans le Rhône, refus et acceptations en 2006

APA Domicile

	nouvelles demandes		révisions	
	nombre	proportion	nombre	proportion
demandes acceptées	4 073	71.5 %	2 442	98.8 %
demandes rejetées	1 623	28.5 %	28	1.2 %
aide supprimée ou sans objet	0	0 %	0	0 %
Total	5 696	100	2 470	100

APA Etablissement

	nouvelles demandes		révisions	
	nombre	proportion	nombre	proportion
demandes acceptées	3429	94.0 %	3 078	100 %
demandes rejetées	217	6.0 %	0	0 %
aide supprimée ou sans objet	0	0 %	0	0 %
Total	3 646	100	3 078	100

Source : Conseil général

Comme ailleurs, les bénéficiaires de l'APA à domicile relèvent majoritairement d'un GIR 3 ou 4. Les personnes très dépendantes (GIR 1) ne constituent que 3% des bénéficiaires (figure 2a). En revanche plus de la moitié des bénéficiaires de l'APA en établissement sont très dépendants (GIR 1 ou 2).

Figures 2a et 2b : Bénéficiaires APA selon le GIR dans le Rhône

Figure 3a : APA Domicile

Nombre de bénéficiaires admis	31/12/2005	31/12/2006*	évolution
GIR 1	275	329	+ 19.63 %
GIR 2	1924	2014	+ 4.6 %
GIR 3	2107	2333	+ 10.72 %
GIR 4	4855	5293	+ 9.02 %
Total	9161	9969	+ 8.81 %

Source : Conseil général

Champ : bénéficiaires ayant ouvert des droits à l'APA à la date donnée

NB : les données au 31/12/2006 sont en cours de consolidation.

Figure 3b: APA Etablissement

Nombre de bénéficiaires admis	31/12/2005	31/12/2006*	évolution
GIR 1	1884	1853	- 1.6 %
GIR 2	4064	4013	-1.2 %
GIR 3	1685	1773	+ 5.2 %
GIR 4	2280	2320	+ 1.7 %
Total	9913	9959	+ 0.4 %

Source : Conseil général

Champ : bénéficiaires ayant ouvert des droits à l'APA à la date donnée

NB : les données au 31/12/2006 sont en cours de consolidation.

4.3.3 L'évaluation des besoins de la personne âgée et l'élaboration du plan d'aide à domicile

Les procédures mises en place par le Conseil général, dans le cadre de l'APA

Après attribution du GIR, une visite au domicile de la personne âgée permet d'évaluer ses besoins et de construire un plan d'aide. La moitié de ces visites sont menées par deux personnes (un médecin et un travailleur social) mais en raison du coût de cette formule, le Conseil général s'interroge sur la pertinence de ce schéma.

Les procédures mise en en place par la CRAM dans le cadre du plan d'actions personnalisé des caisses et dans le dispositif Aide au retour à domicile après hospitalisation

Selon les directives de la CNAV, la CRAM a mis en place un dispositif d'évaluation globale des besoins visant à établir un plan d'actions personnalisé. L'évaluation est réalisée au domicile de la personne par une structure évaluatrice conventionnée par la CRAM et payée à l'acte. Trois types de structures évaluatrices existent dans la région : Clic, centre de prévention des régimes complémentaires et service social de la CRAM. Selon une enquête de la CRAM menée en 2006, 43% des évaluations sont faites par une assistante du service social (CRAM et CLIC), 26% par un binôme rassemblant deux compétences, 23% par un médecin (centres de prévention), 8% par un autre professionnel. Les délais sont relativement courts : 7 évaluations sur 10 sont réalisées en moins de 10 jours. La population évaluée a été bien ciblée en amont puisque 95% relève bien d'un GIR 5 ou 6. Il y a donc très peu de réorientations vers d'autres dispositifs (APA).

En ce qui concerne le dispositif Aide au retour à Domicile après Hospitalisation (ARDH), 52 établissements sont entrés dans le dispositif dans la région.

4.3.4 La coordination entre CRAM et Conseil général

Des échanges d'information existent entre le Conseil général et la CRAM. Lorsqu'une personne âgée faisant une demande APA bénéficie d'une prestation de la CRAM, celle-ci communique au Conseil général des informations sur le nombre d'heures fournies pour faciliter la conception du plan d'aide.

4.3.5 Le contenu des plans d'aide : quelle adéquation aux besoins ?

Le contenu des plans APA

L'APA sert à couvrir les dépenses figurant au plan d'aide mais une participation financière, dont le montant varie en fonction des revenus du bénéficiaire, est laissée à la charge de ce dernier, d'où des refus de plan d'aide lorsque le reste à charge est trop élevé pour la personne âgée. Le montant global des plans d'aide est proche de la moyenne nationale (figure 3). Mais la part financée par le Conseil général est inférieure à la moyenne et la somme restant à la charge du bénéficiaire est supérieure (figure 4). Cela s'explique probablement par l'aisance des bénéficiaires de l'APA dans le Rhône supérieure à la moyenne.

Figure 3 : Montant des plans d'aide (part financée par le Conseil général + participation du bénéficiaire) en décembre 2006

Plan d'aide payé par le CG + participation du bénéficiaire	Rhône	Montants Maximum des plans d'aide au 01/01/2006
GIR 1	905.10 €	1 168.76 €
GIR 2	703.02 €	1 001.80 €
GIR 3	513.13 €	751.35 €
GIR 4	335.80 €	500.90 €
Plan d'aide moyen	469.97 €	ND

Source : Conseil général

Figure 4 : Financement du Conseil général et participation des bénéficiaires dans le plan d'aide APA en décembre 2006

Plan d'aide moyen tableau 1	Plan d'aide payé par le CG	Participation moyenne des bénéficiaires
GIR 1	718.49 €	186.61 €
GIR 2	532.53 €	170.49 €
GIR 3	392.02 €	121.11 €
GIR 4	259.49 €	76.31 €
moyenne	360.60 e	109.37 €

Source : Conseil général

L'aide ménagère à domicile est le type d'aide le plus dispensé dans le plan APA. La quasi-totalité des ressortissants de l'APA en bénéficie mais les plans d'aide permettent aussi de financer des aides plus variées : hygiène, hébergement temporaire, accueil de jour, portage de repas (figure 5).

Figure 5 : Le contenu des plans d'aide APA dans le Rhône

Type d'aide	Nombre de bénéficiaires
Aide domicile	7 357
familles d'accueil forfait MARPA	NC
portage de repas	1063
frais d'hygiène	2755
télésecurité	2298
hébergement temporaire et accueil de jour	314

Source : Conseil général du Rhône

Champ : bénéficiaires de l'APA au 31 décembre 2006

Le contenu des plans d'aides des caisses (plan d'aide personnalisé et retour à domicile après hospitalisation)

- Les montants financiers

La CRAM expérimente, dans le cadre du plan d'actions personnalisées (PAP), l'instauration d'une aide forfaitisée. Le Rhône est l'un des deux départements dans lequel est conduite l'expérimentation. La personne âgée, après l'évaluation globale des besoins, bénéficie d'actions personnalisées financées par la CRAM sous forme d'une allocation annuelle dite aide forfaitisée. La participation de la CRAM couvre à concurrence de 80% les dépenses engagées dans la limite d'un forfait annuel de 720 euros (hors aide humaine, non prise en compte dans cette expérimentation).

Plusieurs acteurs locaux ont souligné l'insuffisance des plans d'aide et en dénoncent les conséquences (risque de perte d'autonomie accélérée se traduisant par des passages rapides de GIR 5 en GIR 4). Mais en l'absence d'étude précise sur le sujet il est difficile d'évaluer précisément ce risque.

- Le contenu qualitatif

La CRAM de Rhône-Alpes a réalisé une étude pour mieux connaître les bénéficiaires des plans d'aide, décrire et évaluer la qualité du plan d'aide, son adéquation aux besoins, sa mise en place et son suivi. Il ressort de cette étude (menée sur l'ensemble de la région et non uniquement dans le département du Rhône) que l'aide à domicile est majoritaire dans les plans d'aide (figure 6). Mais de la conception du plan d'aide à sa réalisation, il semble y avoir un fossé : presque une personne sur trois déclare n'avoir mis en place que la prestation aide ménagère. Les autres préconisations semblent difficiles à concrétiser. Le « désintérêt de la personne » explique la moitié des préconisations non réalisées. L'absence de financement explique la non-réalisation de 15% des préconisations.

Figure 6 : Proportion de plan d'aide contenant les préconisations suivantes

Aide à domicile	46,5
Aide technique (barres d'appui, matériel ergonomique)	15,4
Télé-alarme	9,1
Soins médicaux ou paramédicaux	6,4
Adaptation logement	6
Actions de prévention (bilan, information, atelier)	6,9
portage de repas	1,1
Hébergement Temporaire	1,1
Hébergement permanent	0,4
Aide aux aidants	0,6
Garde à domicile	0,8
Autres	5,7
Total	100

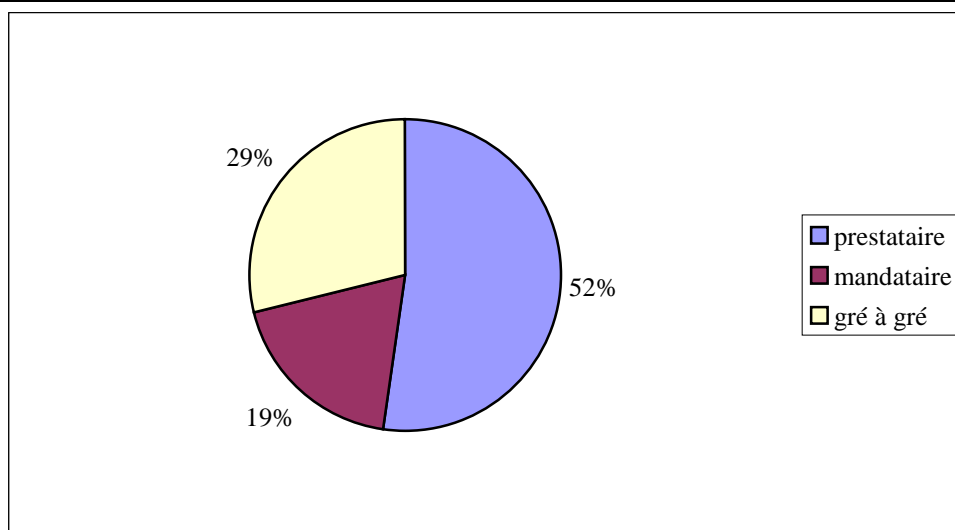
Champ : bénéficiaires d'un plan d'actions personnalisé dans la région Rhône-Alpes

D'après une étude de la CRAM portant sur l'ensemble de la région, 8 personnes sur 10 sont satisfaites et estiment que le plan correspond à leurs besoins.

4.3.6 La mise en œuvre des plans d'aide à domicile

- La mise en œuvre du plan d'aide dans le cadre de l'APA

Le secteur de l'aide à domicile est très dispersé. Le Conseil général affirme avoir 175 interlocuteurs, ce qui rend difficiles les consultations et le suivi des services, même si l'UNA et de l'ADMR, fédèrent une partie des prestataires. Sur ce nombre, on compte environ une dizaine d'entreprises privées. Les services d'aide à domicile opérant un partage du territoire, la personne âgée n'a pas le choix de son prestataire. Le mode prestataire est majoritaire (52% des plans d'aide) mais sa suprématie est moins forte que dans d'autres départements visités : dans le Rhône, les modes mandataire et gré à gré conservent une importance non négligeable (figure 7).

Figure 7 : Les modalités de mise en œuvre des plans d'aide dans le Rhône

Source : Conseil général

- La mise en œuvre de l'aide offerte par les caisses de sécurité sociale

Dans le cadre de l'expérimentation des plans d'actions personnalisés, la mise en œuvre est assurée par des prestataires de services conventionnés qui deviennent alors référents. Une coordination doit s'instaurer entre la structure évaluatrice qui établit le plan d'aide et assure son suivi¹⁷ et le prestataire référent chargé non seulement de la mise en œuvre et du rôle d'intermédiaire pour la facturation et le versement des prestations, mais également de l'accompagnement de la personne âgée.

Toujours suivant l'étude de la CRAM déjà citée, 2 personnes sur 3 peuvent mettre en œuvre seules la réalisation du plan d'aide, en faisant seules les démarches nécessaires. 20% peut le faire avec son entourage. Un peu plus d'une personne sur 10 a besoin d'un soutien et relèverait à ce titre d'un suivi à domicile. Dans la pratique, près de la moitié des personnes ayant bénéficié d'une évaluation ont fait l'objet d'un suivi de la part de la structure évaluatrice. Ce suivi n'est pas formalisé dans le plan et n'obéit pas à une forme préétablie qui serait la même pour tous. Suivant les structures et les personnes, le suivi peut-être

- systématique sous la forme d'un appel téléphonique, quelques semaines après l'évaluation
- ciblé sur les personnes en difficulté sociale ou bénéficiant d'un plan d'aide complexe à mettre en œuvre. Dans ce cas, il prend la forme d'une visite à domicile.
- à l'initiative de la personne âgée qui sait qu'elle peut contacter la structure si besoin.

Des tarifs différents et selon le mode et selon le financeur

Le tarif horaire de l'aide ménagère à domicile accordé par le Conseil général dans le cadre de l'APA varie entre 10,51 euros en mode gré à gré à 16 euros en mode prestataire (figure 8). Ces tarifs sont inférieurs à ceux de la CRAM (16,95 euros).

Figure 8 : Tarifs horaires d'aide à domicile selon le financeur dans le Rhône, en euros

Conseil général (APA)			CRAM
gré à gré	mandataire	prestataire	
10,51	12,20	16	16,95

Sources : Conseil général, CRAM, MSA

Une étude réalisée par le cabinet d'audit KPGM évalue à 17,53 euros le coût de revient horaire net de l'aide à domicile en 2005 dans le Rhône. Des subventions le ramènent à 16,70 euros. Cette moyenne cache de fortes disparités entre les associations : avant subvention, le coût de revient net varie entre 15 et 22 euros. Le tarif moyen facturé à l'utilisateur s'élève à 17,12 euros. Là encore, on observe une disparité importante, les tarifs variant entre 15 et 19 euros. Le reste à charge pour la personne âgée dans le cas d'un financement APA du Conseil général varie donc entre 1 et 3 euros par heure.

¹⁷ Pendant l'expérimentation, la CRAM rémunère à 15 euros par dossier la mise en œuvre du plan d'aide et la centralisation des questions financières.

4.3.7. Le suivi des prestations et des bénéficiaires

Le suivi des bénéficiaires

- Par le Conseil général

Un suivi ciblé sur les personnes les plus fragiles médicalement et socialement a été mis en place. Mais il est inégalement mis en œuvre dans les unités territoriales. Pour tenir compte de l'évolution de la situation des personnes, les plans d'aide sont réexaminés par un intervenant qui se déplace au domicile de la personne âgée et transmet ensuite son rapport à l'équipe médico-sociale administrative. Ce suivi n'est pas formalisé (il n'existe pas de volet « suivi » dans le plan d'aide). En plus des réexamens périodiques, les services d'aide à domicile assurent un suivi de l'état de la personne et signalent toute évolution de manière à réajuster le plus rapidement les plans d'aide. Les personnes qui ont opté pour le mode gré à gré échappent en grande partie à ce suivi.

Au moment où est intervenue la mission à fin 2006, les premiers effets de l'ouverture à la concurrence commençaient à apparaître à travers le développement d'enseignes commerciales. Ces évolutions devraient amplifier l'exigence de progrès dans la qualité de l'aide à domicile. Comme l'ont fait apparaître les travaux réalisés à demande du département du Rhône par un cabinet de consultant spécialisé, la performance des associations qui interviennent à domicile en terme de qualité de services et d'efficacité est très inégale. Cela tient à des effets de masse critique mais aussi à la qualité du management opérationnel (par exemple dans la gestion des temps de déplacements des personnels).

Comme l'ont montré les travaux du CODERPA déjà évoqués, la formation des personnels constitue un enjeu majeur. La politique de tarification mise en œuvre par le Conseil général doit être un levier pour favoriser l'innovation et les progrès dans la qualité.

- par la CRAM

Dans le cadre de l'expérimentation du plan d'actions personnalisé, les prestataires référents suivent l'évolution des personnes âgées et, en cas de besoin, contactent les services sociaux.

Le suivi de la mise en œuvre du plan d'aide

Dans une partie du département du Rhône se met en place un suivi de l'effectivité de l'aide à domicile grâce à un système d'enregistrement des temps de présence des aides à domicile (appel d'un numéro au vert au moment de l'arrivée au domicile et lors du départ). Dans le canton de Sainte-Foy-Lès-Lyon, seule une partie des associations à domicile accepte de participer à ce dispositif. De manière plus générale, une réflexion est en cours sur les contrôles à mener par les services centraux et les MDR de manière à résoudre certains problèmes qui ont été rapportés à la mission (factures incompréhensibles pour l'usager, services du prestataire non conformes au plan d'aide, nombre d'heures facturé transport compris...).

- **Le manque de soins infirmiers à domicile, de soins psychiatriques et de prestations particulières**

Plusieurs intervenants ont souligné le manque de soins infirmiers à domicile qui conduit à transférer aux aides ménagères la réalisation des soins infirmiers et à « sélectionner » les patients. Par exemple, le CLIC visité a signalé que l'accès à des soins infirmiers à domicile est particulièrement difficile sur la Mulatière. Lorsque la personne âgée a besoin de soins psychiatriques, il est difficile dans certains secteurs de trouver une réponse appropriée. Des

données objectives manquent pour étayer et préciser ces constats. Par ailleurs, certains interlocuteurs ont évoqué la difficulté à trouver et à financer une réponse à certains besoins : transport, petits travaux, accompagnement pour faire les courses.

4.4. La diversification de l'hébergement et le développement de la prévention

L'entrée en établissement se situe de plus en plus tard autour de 80 à 82 ans en moyenne et la durée moyenne de séjour en établissement est de 3 à 4 ans. Il n'est pas rare que dans un établissement donné 30 % des résidents changent d'une année sur l'autre. L'évolution du public (et particulièrement la part croissante dans les résidents de personnes très dépendantes) crée des exigences supplémentaires en terme d'adaptation du cadre immobilier mais surtout de qualité de services dans les établissements.

Le Rhône dispose d'un équipement important en établissement. 291 établissements sont recensés dans le schéma départemental dont :

- 93 logements foyers
- 19 domiciles collectifs
- 134 maisons de retraite
- 34 unités de soins de longue durée
- 3 établissements d'hébergements temporaires

L'ensemble offre une capacité de 18 171 places. 10 219 lits sont médicalisés sur un total de 12 798. (soit 79,8%). Si le taux d'équipement global du Rhône se compare favorablement au reste du pays, le taux d'équipement en lits médicalisés est inférieur au taux national. Le tarif moyen journalier pour un EHPAD s'élève à 48, 58 euros avec un ticket modérateur de 4,58 euros. Dans ce contexte, le coût mensuel à la charge du résident s'élève à 1589 euros. Pour les foyers logements, la mensualité à la charge du résident s'élève à 514 euros.

Le parc d'équipement est en cours de renforcement sur un plan quantitatif et qualitatif: deux ouvertures d'établissements en 2005 et une en 2006 ont été réalisées. Mais en sens inverse, 12 demandes de création d'EHPAD représentant 900 lits sont en attente de financement après avis favorable du CROMS. Un arrêté de classement prioritaire DDAS/CG a été signé le 18 juillet 2005. Compte tenu des enveloppes notifiées dans le PRIAC (voir supra) peu de places devraient voir le jour entre 2006 et 2008, rendant ainsi caduc la plupart de ces autorisations. Dans dernière période des efforts significatifs ont été engagés pour développer l'accueil de jours (5 accueils de jours autonomes fonctionnent) et l'hébergement temporaire (deux projets financés en 2006 à hauteur de 29 places). Mais un consensus existe pour souligner que les personnes âgées sont en difficulté pour trouver une réponse à certains besoins comme la garde de nuit, la garde 24/24, l'accueil de jour et le séjour temporaire. En concertation avec les établissements concernés le département a prévu la mise en place en 2007 d'une nouvelle tarification des accueils de jour sera mise en place.

Le département et l'Etat ont mis en œuvre de nouvelles procédures de tarification en concertation avec les établissements. La réforme de la tarification a été activement mise en œuvre puisqu'au 28 novembre 2006, 126 conventions avaient été signées (couvrant 79,8 % des lits conventionnables) et que d'ici le 31 décembre 2007, il ne restait que 44 conventions à réaliser. Pour faciliter une démarche qui reste très complexe une programmation a été établi conjointement entre la DDASS et le conseil général. Un allègement des procédures d'instruction et d'élaboration des conventions a été mises en place.

Le conventionnement a permis de fortement renforcer la médicalisation avec la création de postes suivants :

- Section hébergement : 31, 58 ETP de postes d'animateurs
- -Section dépendance : 549 ETP de postes d'aides soignantes réparties à 30 % sur cette section et à 70% sur le soin et 21, 42 ETP poste de psychologue
- -Section soins : 167, 5 ETP de postes d'infirmiers

Une démarche d'évaluation l'évaluation de la procédure de conventionnement tripartite sera réalisée en 2007.

Comme cela a été dit précédemment, la DDASS et le département ont mis en oeuvre des procédures d'inspection contrôle dans les établissements. Sous l'égide du CODERPA a été mise en place une réflexion sur la mise en oeuvre d'expériences innovantes en matière d'accueil de personnes handicapées vieillissantes en milieu de vie de personnes âgées. Un projet de dossier patient commun a été élaboré. Enfin à l'initiative de la DASS des études confiées à un consultant extérieur ont été démarrées pour préparer en 2007 un plan visant sur cinq ans à améliorer la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. de son côté le pôle personnes âgées du département travaille sur l'adaptation des conditions d'accueil du handicap psychique.

Au total le département est engagé dans une politique très active qui devrait se prolonger dans un proche avenir dans des domaines comme le logement intermédiaire entre domicile et établissement.

5. La mise en œuvre de l'action sociale en direction des personnes handicapées

5.1 La mise en place de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

5.1.1 La création de la MDPH

Dans le Rhône, tous les acteurs concernés se sont fortement mobilisés pour mettre en place la MDPH. La MDPH prend la forme d'un GIP, créé le 31 décembre 2005. Cette formule permet d'associer dans un même lieu l'ensemble des acteurs de la politique du handicap. Les membres du GIP contribuent tous au fonctionnement de la MDPH par des apports financiers ou humains. Le GIP-MDPH est composé de plusieurs membres fondateurs. Ces membres de droit sont :

- Le Département du Rhône,
- L'Etat,
- La Caisse primaire d'assurance maladie de Lyon,
- La Caisse primaire d'assurance maladie de Villefranche-sur-Saône,
- La Caisse d'allocations familiales de Lyon,
- La Caisse d'allocations familiales de Villefranche-sur-Saône

Figure 9 : Apport des membres du GIP au fonctionnement de la MDPH

	Moyens humains		Moyens logistiques		Prestations de services		Autres apports non valorisés
	Description	Valorisation pour l'année 2006	Description	Valorisation	Description	Valorisation	
DDASS	mise à disposition de 52 agents correspondant à 28,906 ETP	1 217 305 €	apport de fonds correspondant au coût de fonctionnement de la CDES, de la COTOREP et du DVA assuré par la DDASS	220 137 €			matériel technique, mobilier
DDTEFP	mise à disposition de 17 agents soit 14,06 ETP	981 982 €	apport de fonds correspondant au coût de fonctionnement de la COTOREP assuré par la DDTEFP	132 286 €			matériel technique, mobilier, matériel informatique
Inspection Académique	mise à disposition de 7,7 ETP	353 438,66 €	apport de fonds correspond au coût du loyer de la CDES	19 258 €			
Département du Rhône	mise à disposition de 119,5 ETP	4 314 160 €	local	6 736 €	missions dont la MDPH a confié l'exercice aux différents services du Département du Rhône (informatique, GRH, budget, communication...)	632 243 €	
CPAM de Lyon et de Villefranche-sur-Saône	non précisé						
CAF de Lyon et de Villefranche-sur-Saône	non précisé						

Source : Conseil général

5.1.2 Les moyens de la MDPH

Financements

En 2006, le budget de fonctionnement de la MDPH s'élève à 969 809,61 euros. La MDPH a bénéficié des apports décrits dans le tableau ci-dessus.

Ressources humaines

Une partie du personnel de la MDPH provient de transfert des COTOREP, CDES et SVA au GIP MDPH sous forme de mises à disposition (figure 10). Mais ces transferts de personnels n'ont pas été suffisants. Le Conseil général du Rhône a dû apporter des personnels. Cet apport du Conseil général est évalué à 119,5 ETP. Ce dernier chiffre regroupe les personnels du siège de la MDPH mais aussi ceux des maisons du Rhône. De plus, pour absorber le retard dans les dossiers, le Conseil général a recruté un adjoint au directeur et transféré 18 personnes. L'effort fourni par le Conseil général pour mettre en place la MDPH est conséquent. Preuve supplémentaire de cette implication, dans le Rhône, la MDPH apparaît fortement intégrée au Conseil général, comme en témoigne la double fonction du directeur de la MDPH, responsable du pôle personnes âgées-personnes handicapées au Conseil général.

Notons aussi que 25 associations vont aussi fournir des apports en matériel et en personnel. Des conventions sont en cours de négociation.

5.1.3 L'organisation de la MDPH

- **Organisation des services**

La MDPH est composée d'un service central mais aussi de structures de proximité : les unités territoriales du Conseil général (les maisons du Rhône, MDR) fonctionnent comme des structures régionalisées de la MDPH et servent d'interface avec l'utilisateur.

- **La commission exécutive**

Les membres de la commission exécutive proviennent pour moitié du Conseil général, mais aussi des associations (un quart) et enfin de l'Etat, des organismes de sécurité sociale, de la MSA et de la région. Plus précisément, la composition de la commission exécutive est la suivante :

- 16 représentants du Département
- 8 représentants des associations de personnes handicapées (désignés par le CDCPH)
- représentants des services de l'État
- 2 représentants des organismes de sécurité sociale
- 1 représentant de la MSA
- 1 représentant de la Région

- **La commission des droits et de l'autonomie (CDA)**

Les décisions sont prises par la Commission des droits et de l'autonomie (CDA), regroupant les anciennes commissions CDES et COTOREP mais désormais ouverte à l'ensemble des acteurs de la politique pour les personnes handicapées : y siègent des représentants du département, de l'Etat, des organismes de sécurité sociale, des associations, des familles. Ses décisions s'imposent aux établissements d'accueil (dans la mesure où ils disposent de places disponibles), aux organismes financeurs et aux intéressés. Elles sont motivées et susceptibles d'appel devant la juridiction du contentieux technique de la Sécurité sociale. Dans le Rhône, la CDA est très ouverte sur le monde associatif. La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées est composée de 75 membres répartis comme suit :

- 21 titulaires avec voix délibérative
- 2 titulaires avec voix consultative
- 48 suppléants avec voix délibérative
- 4 suppléants avec voix consultative

Les 23 membres titulaires sont les suivants :

- 4 représentants du Département désignés par le Conseil général du Rhône,
- 4 représentants de l'État,
- 2 représentants des organismes d'assurance maladie et des prestations familiales,
- 2 représentants des organisations syndicales,
- 1 représentant des associations de parents d'élèves,
- 7 associations représentatives des personnes handicapées et leurs familles,
- 1 membre du Conseil départemental consultatif des personnes handicapées,
- 2 représentants des organismes gestionnaires d'établissements ou services.

5.2 La prestation de compensation du handicap (PCH)

- **Instruction, évaluation du handicap et construction du plan d'aide**

L'organisation territoriale spécifique du Rhône conduit à un traitement décentralisé de la PCH. C'est dans les MDR que sont remis et instruits les dossiers par une équipe pluridisciplinaire qui rassemble personnels administratifs, médical et social. Les visites médicales sont organisées par la MDR. Eventuellement, un apport de compétences externes et spécialisées (handicap psychique, par exemple) peut avoir lieu. Ces visites sont réalisées par un binôme médecin et assistante sociale, même si cette organisation très coûteuse est en cours de réforme. A l'issue de l'instruction, les demandes de PCH sont envoyées à la MDPH pour être acceptées ou rejetées en commission des droits et de l'autonomie (CDA). En revanche, les demandes autres que la PCH (révision d'ACTP, attribution d'une carte d'invalidité) sont renvoyées à la MDPH sans faire l'objet d'un traitement préalable à la MDR.

- **Une mise en place progressive de la PCH**

La montée en régime de la PCH a été lente. Dans le Rhône, 1768 dossiers ont été reçus en 2006. Sur ces 1768, 809 ont été acceptés, 254 rejetés, 25 en sursis. 680 demandes soit près de 40% n'ont pas encore fait l'objet d'une décision de la CDA.

- **Description d'un plan d'aide PCH**

Le plan personnalisé de compensation comprend le rappel des besoins de compensation identifiés et les réponses qui sont proposées à l'aune de l'évaluation. Les besoins de compensation sont largement abordés et ont trait au logement, à l'accueil et à l'accompagnement médico-social, à la réalisation des actes essentiels de la vie, en matière de sécurité et de communication, aux activités domestiques, aux déplacements. La prise en compte de ces besoins se traduit par l'attribution d'aides humaines, des aides techniques, des aménagements des lieux de vie, des aides spécifiques et exceptionnelles. L'aide humaine constitue la plus grande part des prestations mensuelles attribuées (figure 11°). Outre ces aides mensuelles, des prestations ponctuelles peuvent être attribuées, des aides techniques principalement (figure 12).

Figure 11: Prestations mensuelles PCH servies dans le Rhône en décembre 2006

Prestations mensuelles	nombre	coût	montant moyen	montant le plus élevé	montant le plus bas
aides de personnel dont	71	86.476,17	1.217,97		
prestataire (auxiliaire de vie)	33	69.224,2	2.097,7	10.533,9	188,74
mandataire (auxiliaire de vie)	2	6.758,11	3.379,05	3.042,12	1.474,64
emploi direct (auxiliaire de vie)	11	9.751,26	886,48	1.702,81	93,89
inconnu	1	742,6	742,6	742,6	
aides familiales	24	18.092,29	753,84	820,01	72,76
charges spécifiques	21	1.460,15	69,53	100	12,00
aides animalières	0	0	0		
Total des prestations mensuelles		106.028,61			

Source : Conseil général

Figure 12 : Prestations ponctuelles attribuées par le Rhône en décembre 2006

Prestations ponctuelles	nombre	coût	montant moyen	montant le plus élevé	montant le plus bas
Aides techniques	42	26.858,51	639,49	3.487,95	0,00
Aides à l'aménagement du logement, aménagement du véhicule	18	56.163,85	3.120,21	10.000	492,92
Charges exceptionnelles	1	64,76	64,76	64,76	
Total des prestations ponctuelles		83087,12			

Source : Conseil général

Description de l'offre d'accueil en faveur des personnes âgées

Données 2005	France métropolitaine
Maison de retraite	
Nombre d'établissements	6 416
Nombre de lits	440 872
Dont lits EHPAD	266 227
Foyers logements	
Nombre d'établissements	2 966
Nombre de lits	155 416
Dont lits EHPAD	13 583
Lits d'hébergement temporaire	7 373
Accueil de jour	
Nombre de places	2 274
Services de soins à domicile	
Nombre de services	1 912
Nombre de places	78 848
Equipement (taux pour 1000 habitants de 75 ans ou plus)	
Structures d'hébergement de personnes âgées	127,18
Places de service de soins à domicile	16,61
Bénéficiaires de l'APA	854 482
Taux	180

Source DREES/STATISS

Description de l'offre d'accueil en faveur des personnes handicapées

Données 2005	Département du Nord	France métropolitaine
Foyers d'hébergement		
Nombre d'établissements	73	1 303
Nombre de lits	1 575	38 333
Maison d'accueil spécialisée		
Nombre d'établissements	16	428
Nombre de lits	770	16 508
Foyers de vie		
Nombre d'établissements	45	1 203
Nombre de lits	1 622	39 010
Foyers d'accueil médicalisé		
Nombre d'établissements	9	376
Nombre de lits	148	10 551
Services de soins à domicile (nombre de places)	18	866
Taux d'équipement (places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans)		
MAS	0,55	0,50
Foyer de vie	1,15	1,19
Foyer d'accueil médicalisé	0,11	0,32

Source DREES/STATISS

**Annexe 7 Eléments sur l'action sociale en direction des personnes âgées
et des personnes handicapées dans le département du Val-de-Marne**

1. Présentation du département

Le département du Val-de-Marne se caractérise par un environnement urbain, la forte densité de sa population et un PIB / habitant supérieur à la moyenne nationale.

La population du Val-de-Marne est plus jeune que la moyenne nationale¹⁸ et les personnes âgées de 60 ans et plus ne représentent que 17,1 % de la population contre 20,7 % au plan national¹. Par ailleurs, le taux de bénéficiaires de l'APA parmi les personnes âgées de 75 ans ou plus est proche de la moyenne régionale (128,4 pour 1000) mais est inférieur de 27 % à la moyenne nationale¹, et le taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées de 75 ans ou plus est inférieur de 13 % à la moyenne régionale (114,06) et de 22 % à la moyenne nationale¹.

Cette faiblesse de taux d'équipement par rapport à la moyenne nationale¹ est beaucoup plus significative en matière d'offre d'accueil en faveur des personnes handicapées. En effet, le taux d'équipement pour 1000 adultes de 20 à 59 ans en maison d'accueil spécialisée (MAS) est inférieur de 10 % à la moyenne nationale¹ (mais représente près du double de la moyenne régionale qui est de 0,23), le taux des foyers de vie est inférieur de 69 % à la moyenne nationale¹ et de 38 % à la moyenne régionale (0,59), et celui des foyers d'accueil spécialisé est inférieur de 93 % à la moyenne nationale¹ et de 83 % à la moyenne régionale (0,12).

1.1 Données générales

Géographie

- Superficie : 245 km²
- Villes de plus de 10 000 hab. : 38 sur 47
- Densité (au 01/01/2004) : 5137 hab./km²

Caractéristiques socio-démographiques

	Département 2004	Données nationales 2004
Produit intérieur brut par habitant (2000)	24 785 €/ hab.	24 059 €/ hab.
Foyers imposables	503 489	24 222 850
Revenu fiscal de la population totale	34 581	29 216

Sources : INSEE et Conseil Général Val de Marne

Professionnels de santé libéraux

Données 2005	Département du Val de Marne	France métropolitaine
Nombre de médecins généralistes	1 249	68 154
Taux pour 100 000 habitants	99	113
Nombre d'infirmière	586	62 693
Taux pour 100 000 habitants	47	104

Source DREES/STATISS

¹⁸ France métropolitaine

1.2 Les personnes âgées

Répartition par tranche d'âge

Tranche d'âge	Département 2004		Données nationales 2004	
	nombre	%	nombre	%
< 19 ans	327 432	26	15.095.162	25.0
20-59 ans	715 729	56,9	32.769.265	54.3
60-64	49 463	3,9	2.625.170	4.3
65-74	85 441	6,8	5.103.905	8.5
75 ou +	80 510	6,4	4.746.498	7.9
Total population	1 258 575	100	60.340.000	100.0

Source DREES/STATISS

Répartition des personnes âgées dépendantes identifiées, entre domicile et institution, par groupe iso ressources (GIR) : Estimation pour personnes âgées de 60 ans et +

	A domicile	En établissement	Ensemble
GIR 1	4 %	NC	
GIR 2	19 %	NC	
GIR 3	23 %	NC	
GIR 4	36 %	NC	
Ensemble GIR 1-4	82 %	NC	
GIR 5	7 %	NC	
GIR 6	11 %	NC	
Ensemble GIR 5-6	18 %	NC	
GIR inconnu		NC	
Total	100	NC	

Sources : Conseil général du Val de Marne

Description de l'offre d'accueil en faveur des personnes âgées

Données 2005	Département du Val de marne	France métropolitaine
Maison de retraite		
Nombre d'établissements	53	6 416
Nombre de lits	4 241	440 872
Dont lits EHPAD	3 370	266 227
Foyers logements		
Nombre d'établissements	62	2 966
Nombre de lits	3 652	155 416
Dont lits EHPAD	92	13 583
Lits d'hébergement temporaire	87	7 373
Accueil de jour		
Nombre de places	72	2 274
Services de soins à domicile		
Nombre de services	21	1 912
Nombre de places	128,5	78 848
Équipement (taux pour 1000 habitants de 75 ans ou plus)		
Structures d'hébergement de personnes âgées	99,12	127,18
Places de service de soins à domicile	15,96	16,61
Bénéficiaires de l'APA	10 539	854 482
Taux	130,9	180

Source DREES/STATISS

1.3. Les personnes handicapées

Description de l'offre d'accueil en faveur des personnes handicapées

Données 2005	Département du Val de Marne	France métropolitaine
Foyers d'hébergement		
Nombre d'établissements	16	1 303
Nombre de lits	512	38 333
Maison d'accueil spécialisée		
Nombre d'établissements	8	428
Nombre de lits	325	16 508
Foyers de vie		
Nombre d'établissements	9	1 203
Nombre de lits	258	39 010
Foyers d'accueil médicalisé		
Nombre d'établissements	3	376
Nombre de lits	15	10 551
Services de soins à domicile (nombre de places)	0	866
Taux d'équipement (places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans)		
MAS	0,45	0,50
Foyer de vie	0,36	1,19
Foyer d'accueil médicalisé	0,02	0,32
Professionnels de santé libéraux		

Source DREES/STATISS

2. Le pilotage de l'action sociale, le partage des responsabilités et les acteurs majeurs de l'action sociale

2.1. Le Conseil général

L'action sociale en faveur des personnes âgées et en faveur des personnes handicapées est mise en œuvre par la Direction des interventions en faveur des adultes (DIFA), du pôle prévention et action sociale du Conseil général.

En 2005, ce sont 25 536 prestations qui ont été versées par la DIFA, dont 19 932 en faveur des personnes âgées (12 314 à domicile et 7 618 en établissement) et 5 604 en faveur des personnes handicapées (3352 à domicile et 2252 en établissement), sachant que le Val de Marne compte environ 80 500 personnes âgées de 75 ans et plus, et 18 500 personnes handicapées (estimation du Conseil général à partir du nombre de bénéficiaires de l'AAH, de l'AES et de l'ACTP).

2.1.1. La direction des interventions en faveur des adultes (DIFA)

Missions

Les activités de la DIFA décrites dans le rapport d'activité 2005 des services départementaux se déploient sur quatre axes :

- des actions directes en faveur des personnes visant l'accès à leurs droits (prestations individuelles, accompagnement social, développement de l'information, un réseau de vigilance et de lutte contre la maltraitance) ;
- des actions de coordination et de partenariat entre professionnels ;
- des actions sur le cadre de vie (habitat, transport et accessibilité) ;
- des évolutions des politiques sectorielles en faveur des personnes (développement de services et d'établissements diversifiés, politique d'investissement auprès des établissements et de la qualité des services en faveur des personnes, politique d'accessibilité financière, consultation des représentants de la population concernée).

Organisation

L'organisation des services du département est centralisée. La DIFA est composée de 206 agents, dont 119 au sein du service des actions en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Ce service comprend :

13 agents directement rattachés à ce service

69 agents sur le secteur de l'APA

11 agents sur le secteur de l'aide sociale à l'hébergement

6 agents sur le secteur de la tarification des établissements pour personnes âgées

20 agents sur le secteur de la tarification et de l'action sociale aux personnes handicapées.

Budget

En 2005, pour le secteur personnes âgées, les dépenses de fonctionnement s'élevaient à 101,5 M€ et les dépenses d'investissement à 3,3 M€. Pour le secteur personnes handicapées,

les dépenses de fonctionnement s'élevaient à 86,8 M€ et les dépenses d'investissement à 2,5 M€

Entre 2003 et 2006, le Conseil général souligne que les dépenses d'aide sociale aux personnes âgées ont progressé d'environ 16,5 % contre 37 % entre 2002 et 2005. Il estime que le ralentissement de la croissance des dépenses s'explique par la stabilisation du budget de l'APA à compter de 2003. En effet, entre 2002 et 2005, le nombre de bénéficiaires de l'APA a augmenté de près de 130 %. Ce dispositif représente le budget principal du secteur des personnes âgées avec une inscription de 51,5 M€ pour le budget 2006, pour un total de 10 923 bénéficiaires, dont 5 661 en établissements.

Il convient de remarquer que si le taux d'exécution des dépenses de fonctionnement est de 96,22 % sur le secteur des personnes âgées et de 93,23 % sur le secteur des personnes handicapées, le taux d'exécution des dépenses d'investissement est de 87,74 % sur le secteur des personnes âgées et de 57,3 % sur le secteur des personnes handicapées (en raison d'aléas rencontrés avec les associations promotrices de projets).

2.1.2. Les principales mesures en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées

Le Conseil général indique que le travail des agents de la DIFA évolue vers une augmentation des contacts individualisés avec les personnes et les familles et avec les autres institutions, notamment les CCAS, afin de fluidifier la gestion des demandes et celle des événements (hospitalisation). Toutefois, la recherche d'une réduction des délais de traitement des demandes s'est heurtée à l'inadaptation des systèmes d'information aux nouveaux dispositifs.

Pour faciliter l'information des personnes et des familles, le département a mis en place en juillet 2004 le site internet REPERAGE 94. En 2005, le nombre de connexions mensuelles est passé de 2 053 en janvier à 7 500 en décembre, pour atteindre un total de 50 579 sur l'année. Le Conseil général a constaté que 37 % des connexions concernent la recherche de services à domicile et 42 % la recherche d'établissements, dont plus de la moitié porte sur des établissements d'hébergement pour personnes handicapées.

Dans le cadre de contrats d'objectifs signés avec les services de l'Etat et des partenaires départementaux, avec des cofinancements de l'Etat et du Conseil général, deux grandes mesures ont été engagées en 2005 :

- l'ouverture de nouveaux services afin d'apporter des réponses diversifiées comme les gardes itinérantes de nuit, l'aide psychologique à domicile, des services d'accompagnement à la vie sociale ;
- la politique de tarification et de formation des services à domicile qui vise à leur développement en nombre et en qualité avec une assise financière.

Le projet départemental comporte 5 engagements en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées :

- L'aide départementale d'autonomie : cette aide complète l'APA et a bénéficié à 939 personnes en 2005.
- Information et coordination gérontologique : sur les 8 CLIC prévus sur les secteurs gérontologiques, 4 sont opérationnels et des projets de création sont en cours pour 2 nouveaux CLIC.
- Associer les usagers pour l'accès des personnes handicapées aux bâtiments et parc : le comité départemental pour l'accessibilité, mis en place en 2004, continue à assurer la transversalité entre les services concernant la prise en compte de l'accessibilité.

- Favoriser la qualification et l'emploi des personnels de l'aide à domicile : le programme de formation des personnels d'aide à domicile porte tant sur les intervenants à domicile que sur l'encadrement intermédiaire. En 2005, ce sont 108 intervenants à domicile qui ont bénéficié de l'accompagnement dans la démarche de VAE et 80 % des candidats présents à l'examen ont obtenu le diplôme ou titre visé.
- Une plate forme unique de réservation de transport spécialisé : un service de transport collectif à la demande pour les personnes handicapées fonctionne depuis avril 2005 (40 000 courses en 2005, pour 26 véhicules et 38 conducteurs). Il est dédié à toutes les personnes titulaires d'une carte d'invalidité COTOREP mentionnant un taux supérieur ou égal à 80 % et résidant dans le Val de Marne.

2.1.3. L'aide sociale légale

Nombre de personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale (effectifs au 31 décembre)

	2000	2002	2004
Aides aux personnes âgées à domicile			
Aides ménagères	848	756	505
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)		2277	5178
Prestation spécifique dépendance (PSD)	465	366	
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACPT) des 60 ans ou plus	914	640	570
Aides aux personnes âgées en établissement			
Accueil en établissement au titre de l'aide sociale à l'hébergement (ASH)	1941	1959	1834
Accueil chez les particuliers	2	3	3
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)		2927	5725
Prestation spécifique dépendance (PSD)	309	103	
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) des 60 ans ou plus	347	134	49
Total APA		5204	10903
Total PSD	774	469	
Total ACTP des 60 ans ou plus	1261	774	619
Total aides aux personnes âgées	4826	9165	13864

Sources Conseil général Val de Marne

Dépenses d'aide sociale en faveur des personnes âgées (en euros)

	2000	2002	2004
Aides aux personnes âgées à domicile			
Aides ménagères	1 575 220	1 187 947	2 730 028
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)		15 219 540	21 999 954
Prestation spécifique dépendance (PSD)	2 932 035	297 115	58 564
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACPT) des 60 ans ou plus	4 744 920 (1)	4 978 255	3 714 115
Aides aux personnes âgées en établissement			
Accueil en établissement au titre de l'aide sociale à l'hébergement (ASH)	46 491 522	34 695 333 (2)	37 634 795
Accueil chez les particuliers	13018	26 513	
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)		7 761 578	17 862 820
Prestation spécifique dépendance (PSD)	857 785	787 762	
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) des 60 ans ou plus	(1)	(1)	(1)
Total APA			
Total PSD	3 789 820	1 084 877	58 564
Total ACTP des 60 ans ou plus	4 744 920	4 978 255	3 714 115
Total aides aux personnes âgées	56 614 500	64 954 043	84 000 276

(1) Pas d'individualisation des crédits entre domicile et établissement

(2) Année très atypique, retard important de facturation : reprise tarification + APA

Sources Conseil général Val de Marne

Nombre de personnes handicapées bénéficiaires de l'aide sociale (effectifs au 31 décembre)

	2000	2002	2004	2005
Aides aux personnes handicapées à domicile				
Aides ménagères et auxiliaires de vie	671	696	518	477
Prestation de compensation du handicap (PCH)				
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACPT) des moins de 60 ans	2359	2573	2593	2656
Aides aux personnes handicapées en établissement				
Accueil en établissement au titre de l'aide sociale à l'hébergement (ASH)	1443	1565	1652	1804
Accueil chez les particuliers	13	15	24	42
Accueil de jour				
Prestation de compensation du handicap (PCH)				
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) des moins de 60 ans	457	591	666	601
Total PCH				
Total ACTP des 60 ans ou plus				
Total aides aux personnes handicapées				

Sources Conseil général Val de Marne

Dépenses d'aide sociale en faveur des personnes handicapées

	2000	2002	2004	2005
Aides aux personnes handicapées à domicile				
Aides ménagères et auxiliaires de vie	1 368 930	968 773	1 173 327	1 175 161
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACPT) des moins de 60 ans	Pas d'individualisation domicile et établissement			
Aides aux personnes handicapées en établissement				
Accueil en établissement au titre de l'aide sociale à l'hébergement (ASH)	37 537 755	41 650 800	52 270 672	55 620 462
Accueil chez les particuliers	95 778	125 898	134 600	393 113
Accueil de jour				
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) des moins de 60 ans	12 427 665	16 735 256	17 227 030	18 467 215
Total PCH				
Total ACTP des 60 ans ou plus	12 427 665	16 735 256	17 227 030	18 467 215
Total aides aux personnes handicapées	51 430 128	59 480 727	70 805 629	75 655 951

Sources Conseil général Val de Marne

2.2. L'Etat

Ont été rencontrées la direction régionale des affaires sanitaires et sociales de l'Ile-de-France (DRASS) et la direction départementale des affaires sanitaires et sociales du Val-de-Marne (DDASS). Jouent également un rôle, le Préfet de région, signataire du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), le Préfet du département interlocuteur majeur des élus départementaux et communaux et autorité sur l'ensemble des services de l'Etat dans le département, l'Inspecteur d'académie dont le rôle dans l'intégration scolaire des enfants handicapés est majeur et, enfin, le directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle qui pilote la politique de l'emploi (plan départemental d'insertion des travailleurs handicapés, obligation d'emploi de personnes handicapées pour les entreprises) et qui est responsable de l'agrément des services à la personne.

La DRASS

Pour le ministère, la DRASS est l'échelon de répartition des crédits d'Etat (BOP handicap et dépendance) et d'assurance maladie, d'organisation de l'interdépartementalité (par le comité technique régional et interdépartemental [CTRI]) et de responsabilité de la santé publique (programmes régionaux de santé, direction du groupement régional de santé publique [GRSP], participation à l'agence régionale des hôpitaux [ARH]).

Les services « politiques médico-sociales du handicap » (5A, 2B, 1C) et « personnes âgées » (4A,1C) sont sous la responsabilité de la directrice adjointe en charge du pôle social qui assure la direction de l'élaboration du PRIAC et le secrétariat du comité régional des organismes sociaux et médico-sociaux (CROSMS). Peuvent également concourir à l'action dans ces domaines des agents d'autres services (statistiques, mission régionale et interdépartementale de contrôle et d'évaluation [MRICE]) et, bien sûr, le lien est fait avec les services responsables des politiques de santé.

Les grandes masses financières 2006 sont les suivantes :

Crédits assurance maladie :

Personnes âgées	695 millions d'€
Adultes handicapés	366 millions d'€
Enfants handicapés	715 millions d'€

Crédits d'Etat :

BOP handicap et dépendance	202 millions d'€
Contrat de plan	15 millions d'€

La DDASS

L'échelon départemental du ministère contribue à la définition et à la mise en œuvre des politiques interdépartementales en s'appuyant sur sa connaissance des réalités départementales, son dialogue avec les élus, les opérateurs publics et privés à but lucratif ou non et avec les professionnels du social et du sanitaire. A ce rôle d'ingénierie s'ajoutent la gestion des crédits des unités opérationnelles (UO) et la fonction d'autorité de tarification des établissements et services financés sur crédits d'Etat ou de l'assurance maladie.

La DDASS 94 consacre 11 ETPT aux personnes âgées et personnes handicapées (24,4 ETPT sont mis à disposition de la MDPH). La directrice et ses adjoints sont également actifs sur ce secteur sensibles et peuvent mobiliser d'autres personnels (médecins inspecteurs par exemple).

La DDASS participe aux travaux de planification tant du PRIAC que des schémas sous responsabilité du Président du Conseil général. Elle conserve un rôle essentiel dans l'élaboration du schéma enfance handicapée.

A noter qu'à la DDASS comme à la DRASS, tous les emplois ne sont pas pourvus et que certains le sont par des agents vacataires, justifiant des désengagements non souhaitables.

2.3. Les caisses de sécurité sociale

L'Ile-de-France est un cas particulier : la MSA a un impact faible, particulièrement dans le Val-de-Marne, et n'a donc pas été visitée; surtout, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) gère l'action sociale en direction des personnes âgées de la région.

2.3.1. La caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France (CRAMIF)

Elle a un rôle particulièrement développé en direction des personnes handicapées. En effet elle dispose d'un centre d'appareillage et d'une consultation médicale d'appareillage (50 personnes). Elle a ainsi développé des activités de contrôle (qualité et prix) et de formation des professionnels et elle conduit tous les ans une enquête de satisfaction auprès de 25% des bénéficiaires. Elle est partenaire des MDPH et finance des ergothérapeutes.

Le service social, décentralisé, compte 600 personnes dont 20% du temps de travail est consacré aux personnes âgées. Les travailleurs sociaux sont polyvalents et participent aux évaluations et à l'élaboration des plans d'aide tant des personnes âgées que des personnes handicapées.

Elle a été associée aux travaux du PRIAC et des schémas départementaux. Elle organise des actions d'éducation pour la santé et des actions de prévention. Comme tous les organismes de sécurité sociale, ses relations avec ses partenaires font l'objet systématiquement de conventions.

2.3.2. La caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) –direction de l'action sociale en Ile-de-France.

C'est une administration peu nombreuse (5 personnes au siège, 33 pour la liquidation des aides et un " chargé de l'action sociale" par département qui assure le quotidien des relations institutionnelles et est en relation avec les évaluateurs) qui gère les actions sociales en faveur des personnes âgées.

La reconnaissance mutuelle des évaluations est la règle (conventions en cours). Dans le Val-de-Marne ont été mis en place des évaluateurs issus de deux SSIAD associatifs et d'une association issue des organismes prestataires (mais qui interviennent hors de leur territoire de prestation).

Attentive à mettre en œuvre les directives nationales, cette direction regrette la lenteur de la mise en œuvre de l'Aide au Retour à Domicile de l'hôpital.

2.3.3. La caisse primaire d'assurance maladie du Val-de-Marne (CPAM)

Le régime général couvre 91% de la population. La CPAM n'a pas d'action spécifique en fonction de l'âge ou du handicap des assurés. Elle donne la priorité à l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Néanmoins, la caisse est associée au GRSP :

- des actions de prévention sont financées en fonction des priorité du PRSP ;
- elle adresse les personnes âgées en difficulté au service social de la CRAMIF et oriente les personnes handicapés pour l'appareillage.

Elle consacre environ 1 ETP et 160 000 € en 2005, 240 000 € en 2006.

2.4. Les communes et les CCAS

La commune et le CCAS de Créteil ont été rencontrés par la mission. Le CCAS assure une fonction de proximité. Il constitue le point d'entrée le plus facilement identifié par les personnes âgées et leur entourage en matière d'action sociale, que ce soit pour les dossiers d'aide sociale qu'il instruit ou pour les services de prestataire qu'il gère.

La ville de Créteil compte près de 87 000 habitants dont 15 % ont plus de 60 ans.

Organisation

La direction générale de l'action sociale participe à la préparation des actes administratifs et des documents budgétaires et comptables du CCAS. La direction générale comprend 11 personnes, dont la directrice déléguée du CCAS. Le CCAS n'est pas support de CLIC.

Moyens

Le CCAS emploie 360 personnes réparties sur 32 implantations. Son budget consolidé pour 2005 s'élevait à 16,4 millions d'euros.

Dans le cadre de sa mission, le CCAS est composé de plusieurs grands secteurs d'activité, dont notamment :

- le secteur du 3^{ème} âge, gérant les prestations et équipements destinés aux personnes âgées ;
- le secteur santé – handicap, chargé d'une part de mettre en œuvre un programme de prévention santé, d'autre part de faciliter, en liaison étroite avec d'autres institutions publiques et privées, l'intégration des personnes handicapées.

Les dépenses de fonctionnement du service du 3^{ème} âge, hors personnel du secteur administratif, se sont élevées à plus de 5,2 millions d'euros. Ce service comprend 117 agents :

Secteur administratif central	17 agents
Service d'aide à domicile	54 agents
Service de soins infirmiers à domicile	13 agents
Résidences pour personnes âgées	21 agents
Clubs d'animation	12 agents

Action sociale

Le service du 3^{ème} âge assure :

- le fonctionnement d'un ensemble de services d'aide et de maintien à domicile (dont plusieurs sont ouverts également aux personnes handicapées quel que soit leur âge) ;
- la gestion de plusieurs résidences pour personnes âgées ;
- propose des activités physiques, culturelles et de loisirs.

3. Le pilotage stratégique de l'action sociale en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées : planification, programmation, attribution des crédits

3.1. Les schémas

3.1.1. Le schéma départemental pour une politique en faveur des personnes âgées

Le Conseil général du Val de Marne a adopté à l'unanimité, le 26 juin 2006, le deuxième schéma pour une politique départementale en faveur des personnes âgées pour les années 2006 – 2010. Il fait suite au premier schéma adopté le 14 décembre 1998 et propose une politique globale et territoriale.

La stratégie départementale en faveur des personnes âgées

La stratégie du département en faveur des personnes âgées s'articule autour de deux grandes thématiques : assurer aux personnes âgées le plein accès à leurs droits de citoyens et répondre à leurs besoins spécifiques.

La personne âgée est un citoyen à part entière qui a des droits : pouvoir choisir son mode de vie, accéder aux soins, au logement, circuler librement. Ainsi, le Conseil général a choisi de placer l'accessibilité des transports, l'adaptation du cadre de vie (accès aux services et aux commerces de proximité), des logements (par le développement de postes d'ergothérapeutes) et l'accès aux soins au cœur de ce schéma.

Fragilisées par sa perte d'autonomie, la personne âgée doit se voir apporter des réponses spécifiques. Ainsi, les objectifs du schéma visent, d'une part, à favoriser la vie de la personne âgée dans son environnement et, d'autre part, à répondre aux risques d'exclusion liés à l'avancée en âge.

L'élaboration du schéma départemental

Ce schéma a été élaboré en concertation avec les représentants des personnes âgées, des villes, des associations, des prestataires, des établissements, des différents services de l'Etat et des organismes de sécurité sociale.

Les travaux ont été menés durant 2 ans. L'analyse des besoins a été réalisée avec ces différents partenaires réunis dans le cadre de quatre groupes de travail thématiques : vie à domicile ; vie en établissement ; soins ; citoyenneté et vulnérabilité. Cette consultation s'est appuyée sur le Conseil consultatif des personnes âgées, devenu le Comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA).

Le schéma départemental pour une politique en faveur des personnes âgées sera intégré dans le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale et a été réalisé en concertation avec l'Etat, qui pilote le schéma régional d'organisation sanitaire.

Le Conseil général précise que la nécessité du renforcement de la cohérence avec le volet gérontologique des orientations du Schéma régional d'organisation sanitaire a été prise en

compte à travers la recherche d'une articulation renforcée entre les activités et les financements du sanitaire, du médico-social et du social.

Le schéma 2006 – 2010 comprend deux parties. La première permet de dresser un état des lieux et des problématiques et la seconde décrit les actions à mener pour atteindre les deux grandes orientations stratégiques du Conseil général en faveur des personnes âgées.

Les problématiques identifiées par le schéma départemental pour une politique en faveur des personnes âgées

La première partie du schéma départemental vise, notamment, à mener une étude prospective de l'évolution des données démographiques du département et de l'évolution de la dépendance sur la période 2005 – 2030. Cette analyse prospective permet de définir l'évolution des besoins ainsi que les orientations à privilégier pour y faire face, tant dans le domaine des droits généraux (habitat et cadre de vie, mobilité, accès aux soins et à la prévention, insertion dans la vie sociale) qu'en matière de droits spécifiques (aide à domicile et hébergement).

En matière d'aide à domicile, le Conseil général estime que le développement continu du soutien à domicile va exercer une pression croissante sur des besoins qui vont aller en se diversifiant. Il indique qu'il ressort des perspectives démographiques que la pression va s'exercer aux deux extrémités de la demande, c'est à dire de la part des personnes âgées les plus dépendantes et des personnes âgées les plus valides. Dans cette perspective, le Conseil général considère que les efforts devront porter sur les domaines suivants :

- conforter l'offre de service (évaluation des besoins, complémentarité et qualité des réponses, viabilité économique des opérateurs) ;
- garantir la cohérence des interventions (rôle des CLIC, articulation des secteurs sanitaire, social et médico-social) ;
- assurer la bien-traitance ;
- développer l'aide aux aidants.

En matière d'hébergement, le département indique que la décision d'entrer dans un établissement est très généralement, pour les personnes âgées, une décision qui peut intervenir à des moments et pour des motifs différents et que la réponse à ces demandes est tout à la fois un problème quantitatif et qualitatif (créer un nombre suffisant d'hébergements qui satisfassent par leur nature et leur diversité aux besoins des personnes âgées).

Sur l'aspect quantitatif, le département considère que si la population âgée de plus de 75 ans est en forte croissance, le taux d'hébergement en places médicalisées serait constant, l'âge d'entrée en établissement serait plus élevé et la durée d'hébergement plus courte. Concernant les foyers-logements, le Conseil général précise que contrairement à une idée parfois émise, la demande est soutenue et provient de personnes âgées valides ou très peu dépendantes. Les efforts porteront donc essentiellement sur la modernisation de ces foyers-logements.

Sur l'aspect qualitatif, les travaux préparatoire à l'élaboration du schéma ont mis en évidence que cette question constitue l'enjeu principal du schéma 2006 – 2010. L'adaptation qualitative de l'offre d'hébergement peut être synthétisée autour de 6 thèmes : la grande dépendance, la maladie d'Alzheimer et les troubles du comportement, l'articulation avec le domicile, l'accessibilité de l'offre, l'insertion dans l'environnement et la qualité de vie en établissement.

Les orientations et objectifs stratégiques déclinés par le schéma départemental

Huit orientations stratégiques ont été fixées par le schéma 2006 – 2010. Cinq d'entre elles portent sur les droits généraux de la personne âgée et trois sur ses droits spécifiques. Ces orientations se décomposent en objectifs à atteindre dans la durée du schéma et reposent sur des actions dont la mise en œuvre fait l'objet de fiches d'action. Chacune de ses actions est assortie d'indicateurs d'évaluation permettant de mesurer son degré de réalisation.

Il convient de noter que l'action visant à développer des services de soins infirmiers à domicile est à la charge de l'Etat/DDASS.

3.1.2. Le schéma départemental pour une politique en faveur des personnes handicapées

Le Conseil général a adopté à l'unanimité le 24 juin 2002 le deuxième schéma pour une politique départementale en faveur des personnes handicapées pour la période 2002 – 2006. Le prochain schéma départemental est en cours d'élaboration. Les travaux ont été répartis entre la DDASS, pour le volet enfants handicapés et le Conseil général pour le volet adultes handicapés. L'analyse des besoins de personnes handicapées sera développée dans le cadre de l'élaboration de ce troisième schéma.

L'élaboration du schéma départemental

Les orientations du schéma départemental ont été élaborées en concertation avec les partenaires associatifs et institutionnels dans le cadre du Conseil consultatif départemental et dans les commissions de travail menées par les services de la DDASS pour l'élaboration du schéma de l'Etat concernant la prise en charge des personnes handicapées.

Afin de favoriser une prise en charge globale de la personne handicapée, le partenariat entre l'Etat et le département s'est concrétisé sous la forme d'une démarche partagée formalisée par un protocole Etat - Conseil général autour de trois axes :

- développer les moyens de l'autonomie et le soutien à domicile ;
- impulser et accompagner une dynamique évolutive au niveau des établissements ;
- réduire les obstacles environnementaux à une pleine participation à la vie en société.

La stratégie départementale en faveur des personnes handicapées

Le schéma départemental 2002 – 2006 vise à permettre à la personne handicapée de choisir son parcours de vie. Les orientations proposées dans le deuxième schéma départemental reposent sur trois principes : la place de la personne handicapée au centre de la démarche, la diversité des modalités d'action et la recherche de la prévention de l'exclusion.

3.2. Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

3.2.1. Cadre général d'élaboration des PRIAC

L'Ile-de-France faisait partie des régions retenues par la CNSA pour l'expérimentation de l'élaboration des PRIAC. L'intégration des remarques des régions a fait gonfler le volume du document. Le PRAC doit permettre de lancer la coordination entre les secteurs sanitaire et médico-social.

Pour le premier PRIAC, le travail a été réalisé dans un délai très court en donnant la priorité à la programmation des places. Pour 2006, l'enveloppe indicative était connue et les propositions ont été faites sur cette base; pour 2007 et 2008 les besoins ont été définis sans visibilité de financement.

Les travaux ont été lancés par deux notes d'orientations régionales et interdépartementales en direction des personnes âgées d'une part, des personnes handicapées d'autre part, et se sont appuyés sur l'étude des schémas départementaux existants et des listes des projets bénéficiant d'un avis favorable en CROSMS.

Le PRIAC est élaboré par les services déconcentrés de l'Etat (DDASS et DRASS). La concertation avec l'ensemble des acteurs a été relativement réduite lors du premier PRIAC . Depuis avril 2006, la concertation s'est plus nettement engagée. Des rencontres avec l'Education Nationale et l'ARH sont organisées afin de coordonner au mieux la programmation. Les Conseils généraux et les têtes de réseaux associatifs sont rencontrés afin de leur permettre de réagir sur le projet. Ces concertations se font à la fois dans chaque département et au niveau régional avec l'ensemble des départements ce qui permet de partager la priorisation entre départements.

3.2.2. Les travaux préparatoires

Ils ont porté sur les différents indicateurs des besoins : évolutions démographiques (qu'il faudra actualiser à la lumière des dernières évaluations de l'INSEE) ; remontées des DDASS (listes d'attente –mais les MDPH ne peuvent plus fournir les renseignements que donnaient les CDES et COTOREP- orientations vers d'autres départements) ; données chiffrées détaillées des schémas des Conseils généraux ; SROS de troisième génération.

Ces analyses sont arrêtées lors de réunions techniques d'information et de concertation avec les partenaires associatifs et les conseils généraux.

3.2.3. Les axes prioritaires définis

Pour les personnes âgées, il faut d'abord souligner la prise en compte de l'utilisation des ressources dégagées par la fermeture massive des structures de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (APHP) et de la nécessité d'ouvrir des établissements pour les remplacer.

En outre, les principes suivants sont affirmés :

- les actions permettant le maintien à domicile doivent être soutenues et s'insérer dans un maillage sanitaire et social de proximité ;
- un véritable continuum dans les réponses apportées par les divers dispositifs, à domicile ou en institution, doit être assuré ;
- la qualité des actions doit pouvoir être garantie ;
- l'équité dans l'accès aux équipements et services entre les départements et dans les zones infra départementales doit être poursuivie par l'harmonisation des taux d'équipement.

Pour les personnes handicapées :

- développer le diagnostic précoce et les actions d'accompagnement des enfants et des familles ;
- favoriser l'intégration scolaire ;
- répondre aux besoins des enfants les plus lourdement handicapés ;
- réduire le déficit en structures et services pour accueillir ou accompagner les adultes handicapés ;
- articuler les réponses avec le secteur sanitaire, en particulier pour les troubles mentaux ;
- faire face au vieillissement des adultes handicapés ;
- favoriser les projets qui proposent une plate-forme de services diversifiés, pour permettre le libre choix des personnes et de leur entourage ;
- permettre l'ouverture de modes d'accueil alternatifs (temporaires, de jour, séquentiels).

3.2.4. La validation des travaux

Le CROSMS a donné un avis favorable avec observations; le projet a été approuvé en CTRI puis en CAR. Le PRIAC a été notifié par le Préfet de région aux Présidents de Conseils généraux.

Mais les enveloppes décidées par la CNSA, certes conformes à l'enveloppe globale régionale, ne respectent pas les répartitions du PRIAC tant entre secteurs (enfants, adultes) qu'entre départements. Les services de la DRASS estiment que la CNSA ne tient pas compte des contraintes locales (telles que les difficultés foncières à Paris), qu'il est maladroit de ne se référer qu'au taux d'équipement au niveau de chaque département. La DDASS du Val-de-Marne a également exprimé sa forte déception et le Conseil général a exprimé son inquiétude sur la fiabilité des représentants de l'Etat.

Les services de la DRASS estiment **qu'en l'absence de règles précises, portées à l'avance à la connaissance des services déconcentrés, sur les clés de répartition des enveloppes, il sera difficile d'effectuer des prévisions pertinentes et de dialoguer avec les partenaires locaux.**

3.3. Les politiques stratégiques des caisses

Un point commun se dégage des orientations qui découlent essentiellement des orientations nationales : prévenir la dégradation de l'état de dépendance et de santé des personnes.

La CPAM

La CPAM n'a pas de stratégie pour les personnes handicapées ni pour les personnes âgées ; elle n'est associée ni à l'élaboration des schémas départementaux ni à celle du PRIAC. Mais elle participe au GRSP et à la MDPH et a continué à assurer le fonctionnement du SVA.

Dans sa politique sanitaire elle met l'accent sur l'accès aux soins en faveur des personnes en situation de précarité par rapport aux aides individuelles et sur les actions de préventions.

La CRAMIF

Essentiellement tournée vers les personnes handicapées pour lesquelles elle est gestionnaire d'allocations, de prix de journée, du centre d'appareillage et d'actions pour le maintien ou le retour dans l'emploi, la CRAMIF ne semble pas avoir de démarche stratégique autre que celle dérogée au niveau national. Elle est d'ailleurs en attente de la nouvelle CPG.

Sans participer aux MDPH, elle y voit cependant un moyen de rapprochement des départements avec l'intervention de personnels sociaux ou sanitaires dans les équipes médico-sociales. Elle a été associée aux schémas comme au PRIAC.

La CNAV

La CNAV s'est doté des moyens (modestes) pour être présente dans les départements et participe aux commissions, groupes de travail (notamment pour les schémas). Elle suit ainsi le dispositif d'évaluation. Elle n'a pas, sauf par le biais du CROSMS, participé à l'élaboration du PRIAC.

Dès 2003, elle a expérimenté une politique d'évaluation globale. Au travail traditionnel des prestataires, simplement contrôlé, s'est ajouté, pour les nouvelles demandes l'évaluation par les CLIC (dans les départements 78, puis 92 et 91). Dans le 94 où, selon le conseil général, les CLIC seraient trop proches des prestataires, ce sont surtout des SSIAD associatifs qui ont fourni des évaluateurs. Ainsi, alors que la COG a fixé un objectif de 50% d'évaluations globales en 2006, l'Ile-de-France atteint 70%.

Avec les conseils généraux les négociations sont en cours. La reconnaissance mutuelle des évaluations est acquise, mais la CNAV se refuse à reconnaître les plans d'aides proposées par le département ; elle veut garder la décision et juge que le département ne s'est pas encore approprié l'"offre de service CNAV".

Elle reconnaît moins de succès dans la mise en place de l'ARDH. D'abord, une erreur dans le choix des établissements hospitaliers expérimentés, dont les usagers étaient beaucoup trop dépendants en moyenne ; ensuite le reste à charge de 20% trop important (mais qui va disparaître, la nouvelle circulaire alignant le système sur celui de l'aide à domicile en général).

4. la mise en œuvre de l'action sociale pour les personnes âgées

4.1. L'accès aux prestations et la coordination gérontologique locale

4.1.1. Les communes

Avec leurs CCAS, les communes sont le premier point d'information et d'entrée dans les systèmes d'aide. Ce rôle leur est reconnu par les autres acteurs. Il est démultiplié par les antennes municipales, les services à domicile et les établissements créés par les communes.

Ainsi, le plan canicule à Créteil n'a pas modifié significativement le nombre des personnes âgées connues.

Les CLIC ne leur sont jamais rattachés mais ils bénéficient d'orientations communales. Les relations avec les hôpitaux, notamment de l'AP-HP, sont jugées insuffisantes.

4.1.2. Le Conseil général

Le schéma gérontologique a défini 8 secteurs où le Conseil général souhaite l'existence de CLIC (et de réseaux sanitaires gérontologiques, comme dans le secteur 4). Quatre CLIC sont actifs, adossés à un EHPAD, un hôpital, une association, une association d'aide à domicile, qui assurent le recrutement du personnel (2 à 3 ETP) et la trésorerie. Chaque CLIC bénéficie d'une subvention départementale et doit respecter un cahier des charges. Curieusement, ces structures, toutes reconnues au niveau 3, ne doivent pas faire d'évaluations (le Conseil général les juge trop proches des prestataires) mais ont essentiellement une mission d'information et un rôle de coordination entre les acteurs sanitaires et sociaux.

En appui aux CLIC (mais ceux-ci souhaitent un renforcement de ce rôle), le Conseil général a mis en place un service accueil information qui gère un site internet et édite des fiches sur les établissements (avec caractéristiques et tarifs).

Le CODERPA, réuni une fois en 2006, ne semble pas jouer un grand rôle.

Les CLIC

La mission a rencontré trois responsables de CLIC. Chacun a son caractère et un organisme de rattachement différent mais les traits communs dominent. Ce ne sont pas des guichets uniques mais des lieux de coordination permettant de trouver rapidement des solutions adaptées (provisoires au besoin) faisant intervenir plusieurs catégories d'intervenants, accessibles localement. Les usagers sont orientés principalement par les travailleurs sociaux (des hôpitaux, du conseil général,...).

L'information, qui se fait aussi en direction des professionnels (en particulier les médecins généralistes souvent très isolés), prend des formes écrites (brochures, fiches, guides techniques), orales et aussi, en particulier pour les aidants familiaux, passe par des ateliers et des groupes de parole (qui peuvent donner lieu à des subventions de la CRAMIF).

La coordination avec le sanitaire est une activité importante car elle est perçue comme la plus difficile, surtout quand il n'y a pas encore de réseau gérontologique. Elle se fait parfois avec

les urgences (faire intervenir un SSIAD quand l'hospitalisation n'est pas nécessaire). Elle est quasi impossible si l'établissement (clinique privée par exemple) n'a pas d'assistante sociale. Mais, le nombre des intervenants à domicile justifie aussi la coordination. Les CLIC s'interrogent également sur les conséquences de la réforme à venir des tutelles.

A noter que les associations de handicapés sollicitent de plus en plus (en raison du vieillissement des personnes handicapées) les CLIC du Val-de-Marne qui semblent favorables à un rapprochement avec la MDPH.

4.2. Les prestations à domicile et les actions collectives

4.2.1. L'action sociale facultative des collectivités locales

Elle est très diverse, très importante et a certainement un grand rôle dans le maintien de l'autonomie des personnes. Elle est aussi cause et conséquence de grandes différences de prise en charge selon les territoires.

Le Conseil général

Il prend à sa charge les prestations entre la date de dépôt de la demande et la date d'octroi de l'APA ; il accorde des aides à l'accès aux mutuelles des personnes âgées en établissement ; il assure le financement d'aides ménagères sur critère de ressources. Il a mis en place une aide psychologique pour les bénéficiaires de l'APA et finance deux ergothérapeutes...

En partenariat avec les communes (47 conventions), il propose un système de télé alarme (abonnement gratuit pendant les 3mois d'été) qui compte plus de 5300 abonnés. Il accorde des aides financières au déplacements tant pour les transports en commun (près de 35 000 cartes améthystes et de 6 000 cartes opale) que pour les taxis (390 bénéficiaires).

Il conduit des actions de formation de gardiens d'immeubles, finance des travaux d'adaptation et d'accessibilité de logements et a mis en place un système de garde de nuit itinérante (une centaine de bénéficiaires) qui assure une aide au coucher et un passage nocturne.

Le CCAS de Créteil

Historiquement, la première aide facultative était une allocation mensuelle destinée aux personnes de plus de 65 ans pour porter leurs ressources à 80% du SMIC ; elle concerne actuellement 158 bénéficiaires.

La télé alarme est l'objet d'une convention avec le conseil général.

Aujourd'hui, les actions les plus importantes sont l'aide ménagère (en 2005 566 bénéficiaires dont 218 ressortissants de la CNAV, 81 de l'aide sociale, 75 d'autres caisses, 104 de l'APA, 75 personnes handicapées et 13 sans prise en charge mais qui bénéficient du même tarif 15,99 € de l'heure que la CNAV alors que le prix de revient est de 21 €), l'aide au petit dépannage, et le portage des repas qui permet un lien quotidien. Ces activités, en forte hausse jusqu'en 2005, sont désormais stabilisées.

Enfin, contribuent au maintien d'une activité et de liens sociaux, les clubs, structures d'animation socioculturelle et sportive (pour lesquels, ainsi que pour les marchés, existent des aides aux déplacements), ainsi que deux universités inter âges.

4.2.2. L'évaluation médico- sociale

Pour le Conseil général le dispositif APA est le pivot de la politique gérontologique. L'équipe médico-sociale a été créée comme structure centralisée (avec le recrutement de 27 travailleurs sociaux, 1,5 médecin et un conseiller technique), mais les travailleurs sociaux sont sectorisés afin d'éviter la multiplication des interlocuteurs pour les personnes âgées. Une convention avec la CRAMIF prévoit qu'elle traitera 600 dossiers par an et celle avec la MSA prévoit la participation d'1 ETP. Les évaluations, toutes faites à domicile, font l'objet d'une reconnaissance mutuelle.

Il y a 6 000 demandes (initiales, renouvellement et révisions) par an pour un stock de 5 100 bénéficiaires. Il reste 3 500 bénéficiaires de l'ACTP.

Les 600 personnes constituant le service social de la CRAMIF consacrent 20% de leur temps de travail aux personnes âgées (évaluation et plan d'aide) pour le Conseil général ou la CNAV. Cette dernière s'appuie également sur les évaluations de deux services issus des SSIAD associatifs et d'un autre issu d'associations prestataires mais hors de leur zone d'intervention (le Conseil général a refusé de développer des "CLIC évaluateurs").

4.2.3. Les plans d'aide à domicile

Proposés et valorisés par les travailleurs sociaux des équipes médico-sociales pour l'APA et les évaluateurs de la CNAV (qui n'a pas accepté que le Conseil général le fasse car il ne connaîtrait pas assez bien l'"offre CNAV"), leur contenu reste essentiellement de l'aide ménagère. Les refus et leurs raisons ne sont pas connus.

Les bénéficiaires ont le choix entre services prestataires (47 conventionnés par la CNAV dont 31 communaux qui n'interviennent que le jour et en semaine), mandataires (25 services) et le gré à gré. Il y a environ autant de bénéficiaires de l'APA que de bénéficiaires de l'exonération de charges sociales de plus de 70 ans.

Le Conseil général souhaite pouvoir donner un label de qualité et que les établissements développent des services à domicile. Il note le développement rapide des enseignes et de l'offre à caractère lucratif (3 entreprises en 2003, 30 en 2006 sans compter les entreprises parisiennes).

Les services des CCAS privilégient les publics bénéficiaires de la CNAV ou de l'aide sociale car les communes comblent les déficits dus à la différence entre le coût de revient et le tarif. Les autres services d'aide à domicile doivent rechercher les publics APA, ACTP, PCH car le département subventionne la différence entre le coût de revient et le prix facturé.

La CNAV a (en 2005) 4 443 bénéficiaires de l'aide ménagère, 3 800 de plans d'action personnalisée (dont 40% comportent des préconisations autres que l'aide ménagère) et 21 de l'ARDH.

4.2.4. Le suivi et la qualité

Le département prépare des contrats d'objectifs et de moyens (13 en 2006, 16 prévus en 2007), tenant compte du taux d'emploi de personnels qualifiés, du suivi interne, de la permanence du service. Il a une commission de contrôle (qui travaille avec la DDTEFP et la DDCCRF).

La CNAV fait exécuter des missions de contrôle et de conseil chez les prestataires de service et envisage de le faire chez ses évaluateurs. Elle a une enquête nationale de satisfaction et va lancer une enquête longitudinale spécifique sur les attentes des personnes âgées.

Les CLIC constatent l'absence réelle de suivi si la personne âgée ne se manifeste pas. Les nouveaux fournisseurs semblent proposer non seulement de nouveaux services, mais encore ils disposent de coordonnateurs. Un référent APA leur semble nécessaire.

Les SSIAD

Financés par les régimes d'assurance maladie, tarifés par l'Etat-DDASS, prescrits par un médecin, ils sont néanmoins un élément important dans l'équilibre du système de maintien à domicile. Dans le Val-de-Marne ils sont très présents dans l'offre des CCAS et des associations (et même d'EHPAD). L'insuffisance du nombre de places, les difficultés de recrutement d'infirmières (comme salariées ou libérales conventionnées) pèsent sur la fonction toilette parfois assurée par des intervenants insuffisamment formés.

4.3. L'évolution de l'hébergement et le décroisement des typologies de réponse aux besoins des personnes âgées

4.3.1. L'hébergement

Avec des taux d'équipement inférieurs aux taux nationaux mais supérieurs aux taux Ile-de-France, la situation du Val-de-Marne est difficile à cerner. Le taux d'occupation de 98% ne dénote pas l'aisance mais les listes d'attente ne sont pas toujours très importantes. De nombreux Val-de-Marnais sont hébergés dans d'autres départements et de nombreux parisiens dans les USLD de l'AP-HP du Val-de-Marne. La durée d'attente est également variable selon l'état des personnes (jusqu'à 2 ans pour les troubles cognitifs, 3 mois dans certains établissements). Il n'y a pas de système centralisé et fiable permettant de connaître les demandes : les créations sont prévues sur la base d'hypothèse de retour dans le département, de fermetures des USLD de l'AP-HP, et de croissance de la population des plus de 75 ans pondérée par le succès de la politique de maintien à domicile et d'espoir d'allongement de la durée de vie sans incapacité.

On peut ajouter les réticences des familles en raison du coût et du déficit d'image de ces établissements qui font cependant de gros et coûteux efforts d'amélioration de leurs prises en charge.

4.3.2. Le développement des solutions alternatives

Le département est très équipé en foyer logement de conception plus ou moins ancienne dont une faible part est transformé en EHPAD. Les personnes en établissement ne voulant pas en changer quand ils deviennent dépendants, c'est plutôt sur l'amélioration des logements et, mieux, sur l'accès des personnes âgées à des logements adaptés dans le parc social, que comptent les élus.

L'hébergement temporaire et l'accueil de jour sont aussi en expansion, et des précautions sont prises pour que ces formules soient réellement utilisées (assurer le transport par exemple).

5. La mise en œuvre de l'action sociale en direction des personnes handicapées

5.1. Le développement de la MDPH

5.1.1. Création de la MDPH

La MDPH du Val de Marne a été créée par arrêté du 23 décembre 2005. La convention constitutive du GIP a été signée le 16 décembre 2005 par le président du Conseil général et par le préfet du département.

Le Conseil général estime que la création de la MDPH, dont la présidence de la commission exécutive est confiée au président du Conseil général, ne constitue pas un transfert de compétence vers le département. Les membres du GIP participent au fonctionnement de la MDPH en mettant à sa disposition des moyens sous forme de contribution en nature, en personnel ou financière.

Financement

Le Conseil général s'est engagé dans la mise en œuvre et le fonctionnement de la MDPH en apportant des moyens équivalents à ceux de l'Etat, soit 1,78 M€

La MDPH a également bénéficié pour son installation de deux subventions successives de la CNSA en 2005 et 2006, pour un montant total de 1,13 M€. Toutefois, la seule subvention pérenne annoncée s'élève à 410 000 € par an, la CNSA ayant apporté une contribution exceptionnelle de 908 692 €. Le Conseil général regrette la manque de visibilité de l'engagement financier de l'Etat sur les années à venir.

Les ressources de la MDPH (hors allocation exceptionnelle) sont donc les suivantes :

- Etat : 1,78 M€
- Conseil général : 1,78 M€
- CNSA : 415 000 €

Ressources humaines

La directrice de la MDPH est mise à disposition du GIP par le Conseil général.

Fin 2006, 39 agents (50 % de titulaires et 50 % de contractuels) ont été recrutés par le Conseil général et mis à disposition de la MDPH et 39 ETP sont mis à disposition par l'Etat (DDASS, DDTEFP et inspection académique)

Le département estime que l'apport de la CNSA n'est pas suffisant pour recruter les personnels nécessaires à l'accomplissement des nouvelles prérogatives d'accueil, d'évaluation des besoins de compensation et de suivi des plans personnalisés, ainsi que le retard d'environ 2 000 demandes. En effet, la COTOREP, la CDES et le site pour la vie autonome DIVAL traitaient environ 42 000 demandes par an, soit un doublement en 10 ans, sans évolution proportionnelle du nombre d'agents. Le délai de traitement d'une demande était de l'ordre de 6 mois en moyenne fin 2005.

La MDPH du Val de Marne regrette de ne pas pouvoir recruter son personnel tout en ayant la responsabilité d'assurer l'autorité fonctionnelle et souligne que la disparité des statuts, des régimes indemnitaires et des perspectives de carrière de ses personnels constitue une source d'inquiétude pour le personnel de la MDPH.

Systemes d'information

La MDPH dispose des systèmes d'information ITAC pour la COTOREP, OPALE pour la CDES et LOGYSYST pour le site de la vie autonome. Ces systèmes enregistrent les demandes relatives aux prestations qui existaient antérieurement à la création de la MDPH mais ne prennent pas en compte les prestations nouvelles, telle la prestation de compensation du handicap (PCH).

5.1.2. Organisation et fonctionnement de la MDPH

L'organisation des services

Dans l'attente d'un regroupement de services de la MDPH dans un lieu unique prévu en 2007, le secteur adultes et le secteur enfants se trouvent actuellement implantés dans des bâtiments différents.

La MDPH du Val de Marne est organisée en 3 pôles : le pôle accueil, animation du réseau et gestion du fonds de compensation ; le pôle évaluation et suivi ; le pôle administration.

Dans le but de faciliter les relations avec les usagers, chaque membre de l'équipe administration est désigné « référent administratif » auprès d'une personne handicapée ayant formulé une demande. Il en est de même au sein du pôle « évaluation et suivi ».

La MDPH tête de réseau

La MDPH du Val de Marne considère que la notion de guichet unique peut prêter à confusion et se définit comme une tête de réseau, chargée d'informer les personnes handicapées et les professionnels de l'action sanitaire et sociale qui sont en contact avec le public.

La commission exécutive

Lors de l'installation de la commission exécutive, le président du Conseil général a défini quatre objectifs prioritaires pour le GIP : assurer le traitement des dossiers en instance et des nouvelles demandes dans les meilleurs délais possibles, adapter l'accueil et l'information aux nouvelles missions, constituer par voie conventionnelle un réseau formalisé de partenaires et négocier avec la CNSA un contrat d'objectif sur la qualité et le financement.

La commission exécutive, présidée par le vice-président du Conseil général chargé des personnes âgées et des personnes handicapées, est composée de 20 membres de droit désignés pour 4 ans :

- 50 % de représentants du Conseil général ;
- 25 % de représentants de l'Etat, de l'Assurance maladie et de la Caisse d'allocations familiales ;
- 25 % d'associations représentatives des personnes handicapées.

Le Conseil départemental consultatif des personnes handicapées s'est réuni le 7 décembre 2005 pour procéder à la désignation des associations membres de droit de la commission exécutive.

La commission exécutive s'est réunie le 23 janvier et le 3 mai 2006 et a adopté :

- le budget primitif 2006 ;
- l'organisation des services de la MDPH ;
- le règlement intérieur de la commission des droits et de l'autonomie ;
- la désignation d'un bureau et la constitution d'une régie d'avance ;
- le principe et les modalités d'une convention cadre établie avec les équipes d'évaluation externes à la MDPH.

La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)

Jusqu'à la mise en place de la CDAPH en juillet 2006, les décisions ont été prises par la CDES et par la COTOREP. Dans le Val de Marne, la commission exécutive a décidé d'organiser la CDAPH en 2 sections, l'une pour les enfants, l'autre pour les adultes.

Le nombre de demandes mensuelles (initiale ou renouvellement) est en moyenne de 2 500 pour les adultes et de 1 000 pour les enfants.

La nature et la répartition des demandes concernant les adultes sont les suivantes :

Objet des demandes	Pourcentage annuel	Nombre de demandes de janvier à septembre 2006
Cartes d'invalidité	29 %	6639
AAH	22 %	5062
Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé	16 %	3662
Cartes de stationnement	13 %	2951
Orientation professionnelle	10 %	2161
ACTP et ACFP	4 %	845
Orientation en établissement médico-social	3 %	714
PCH	3 %	689

Sources Conseil général du Val de Marne

L'évolution entre les 9 premiers mois de l'année 2006 et les 9 premiers mois de l'année 2005 :

	9 premiers mois 2005	9 premiers mois 2006
Nombre de dossiers reçus hors PCH	11 575	12 576
Nombre de demandes de moins de 4 mois en cours de traitement	8 033	9 219
Nombre total de demandes en attente hors PCH	10 417	12 802
Nombre de demandes en attente d'évaluation hors PCH	1 398	3 521
Nombre de demandes d'ACTP et ACFP reçues	1 145	553
Nombre d'ACTP et ACFP en attente de décision	528	293
Nombre de demande PCH	Néant	689

Sources Conseil général du Val de Marne

Le Conseil général estime que si l'instruction administrative des demandes s'est améliorée, le temps total de traitement jusqu'à l'édition d'une notification de décision n'est pas encore satisfaisant.

5.2. La mise en place de la PCH

La MDPH, chargée de l'évolution et du suivi des besoins de compensation du handicap, coordonne les professionnels et est garante de la qualité apportée à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan personnalisé de compensation.

La MDPH du Val de Marne indique que l'équipe pluridisciplinaire a été prioritairement mobilisée sur les demandes de prestations de compensation du handicap avec la nécessité de s'approprier une grille d'évaluation multidimensionnelle complexe permettant d'évaluer les besoins de compensation des demandeurs sur plusieurs aspects : les aides humaines, les aides techniques, l'aménagement du logement, du véhicule et les surcoûts liés aux transports, les aides spécifiques et les aides animalières.

Fin septembre 2006, sur les 689 demandes de PCH déposées, 141 ont été examinées en CDAPH et 95 ont donné lieu à un accord. Le montant moyen de l'aide mensuelle versée par le département s'élève à 71 393 €. Sur les 46 rejets, 35 personnes ne correspondent pas aux critères de handicap requis et 11 sont liées à l'âge, à des renoncements ou à des décès.

Sur la même période, 553 demandes d'ACTP ont été déposées, leur nombre ayant tendance à diminuer au fil des mois. Sans disposer d'étude chiffrée, la MDPH estime que les bénéficiaires de l'ACTP seraient encore assez peu nombreux à demander la PCH pour exercer leur droit d'option car l'obligation de justifier ses dépenses dans le cadre de la PCH, conformément au plan personnalisé de compensation, n'incite pas les bénéficiaires de l'ACTP à solliciter la prestation de compensation.

La MDPH du Val de Marne constate que les premières demandes de PCH concernent des personnes qui ont bénéficié auparavant de la prestation transitoire pour personnes très lourdement handicapées. Par ailleurs, elle souligne que les demandes requièrent un temps d'évaluation important, notamment en raison de la nécessité d'effectuer plusieurs visites à domicile avec différents professionnels, et que les plans de compensations s'élaborent en plusieurs étapes, avec dans un premier temps l'évaluation des demandes d'aide humaine puis dans un second temps l'évaluation des aides techniques.

Fin novembre 2006, la répartition des aides accordées par le Conseil général du Val de Marne dans le cadre de la PCH est la suivante :

	Nombre de bénéficiaires	Dépenses
Aides humaines	87	611.074,75 €
Aides techniques	15	10.187,89 €
Aménagement du logement, du véhicule et surcoûts liés aux transports	4	15.097 €
Aides spécifiques et exceptionnelles	14	6.172,96 €
Aides animalières	/	
Total		642.532,66 €

Sources Conseil général du Val de Marne

5.3. Le fonds départemental de compensation du handicap

La mise en œuvre du fonds départemental de compensation du handicap s'inscrit dans la continuité du dispositif pour la vie autonome, installé en 2002, et intégré depuis son ouverture au sein de la MDPH. Ce fonds est chargé d'accorder des aides financières destinées à permettre aux personnes handicapées de faire face aux frais de compensation restant à leur charge, après que les intéressés aient fait valoir leurs droits. Les frais de compensation restant à la charge des bénéficiaires de la PCH ne doivent pas excéder 10 % de leurs ressources nettes d'impôt.

Dans le Val-de-Marne, deux acteurs ont accepté le principe d'une caisse pivot :

- le Conseil général, pour un montant annuel de 80 000 €;
- l'Etat, pour un montant initial de 228 673 € (doublé en cours d'année grâce à une participation de la CNSA, dont la pérennité ne semble pas assurée).

De son côté, la CPAM apporte une contribution annuelle d'environ 100 000 €. Son refus de participer à une caisse pivot ne semble pas porter préjudice aux personnes handicapées dans la mesure où les versements sont effectués dans un délai de huit jours.

Le Conseil régional d'Ile de France, quant à lui, participe au financement des aides techniques ou de l'adaptation des véhicules, à hauteur de 15 % du coût total, dans la limite de 2 400 €. La MDPH souligne que le versement de ces aides (qui sont versées uniquement aux bénéficiaires sans possibilité de versement au fournisseur) arrive parfois tardivement, certains dossiers acceptés en 2004 n'étant toujours pas réglés fin 2006.

De manière générale, les critères de financement des différents contributeurs (Conseil général, Etat, CPAM et Conseil régional) sont identiques à ceux qui prévalaient dans le cadre du dispositif antérieur (site de la vie autonome).

Le comité de gestion du fonds de compensation a été installé en août 2006 et les commissions se réunissent normalement 1 fois tous les 15 jours.

5.4. L'offre d'hébergement

Afin d'identifier les besoins à partir des demandes en attente par catégorie d'établissement, le Conseil général et la DDASS ont conçu un système d'information permettant de centraliser les listes d'attente par établissement. Sa mise en service a été retardée afin de mettre en place la MDPH.

Le Conseil général indique qu'il n'y a pas de place vacante et estime que 600 val-de-marnais résident dans des établissements hors du département.

Par ailleurs, afin de faciliter la diffusion de l'information, le service accueil information du Conseil général recense, en liaison avec la MDPH, les informations relatives aux établissements d'accueil pour personnes adultes handicapées. Ces informations sont reprises sur le site internet REPERAGE 94.

**REPONSE A LA DEMANDE D'AVIS SUR LE PROJET DE RAPPORT SUR
L'ACTION SOCIALE DANS LES DEPARTEMENTS POUR
LES PERSONNES AGEES ET LES PERSONNES HANDICAPEES
DEPARTEMENT DU VAL-DE-MARNE**

1 - Avis sur le rapport général

Point 2.3.2. L'élaboration du plan d'aide à domicile

Il est important de souligner l'enjeu. Les prestataires de services sont en grande difficulté financière dans la mesure où les personnes âgées sont solvabilisées sur la base d'un barème qui est plus souvent bien en dessous du prix de revient et que la CNAV exige des prestataires par convention que les personnes âgées ne paient pas plus que le taux de sa participation qu'elle a fixé. Ceci alors que le tarif d'un service autorisé est opposable à l'acheteur du service, c'est-à-dire à la personne âgée. La CNAV se permet donc de contraindre les prestataires à ne pas tenir compte de ce caractère d'opposabilité et à les mettre en difficulté financière.

Point 3.1.3. Une organisation encore perfectible

Le progrès dans la performance des MDPH ne va pas dépendre de la CNSA mais plutôt des Départements qui s'engagent beaucoup plus que la CNSA dans le financement des MDPH et de façon générale dans la politique en faveur des personnes handicapées où la MDPH a une place importante.

Conclusion

En conclusion il paraît nécessaire de souligner que les dispositions réglementaires successives du secteur des personnes âgées et des personnes handicapées créent une sphère très technocratique et trop compartimentée, alors que l'approche de ces politiques publiques s'est considérablement modernisée et est particulièrement innovante (plan d'aide individualisé, coordination, effectivité, multidisciplinarité, offre de service, développement local,...).

2 Avis sur la partie val-de-marne

Point 3.1.1 La CPAM

La CPAM a toujours été invitée aux réunions d'élaboration des schémas et a toujours été prévue dans les conseils consultatifs départementaux. Elle a peu été présente.

Point 4.1.2. Le Conseil général

Lorsque l'ETAT pilotait les CLIC avant la dernière décentralisation, leur mise en place avait été prévue avec un niveau 3.

Après la décentralisation qui les a confiés au pilotage du Département avec une compensation financière partielle et ne prenant en compte que l'existant et non leur implantation généralisée sur les 8 secteurs gérontologiques, le Département a redéfini leur offre de service sur la base d'un cahier des charges orienté sur la coordination des prestataires, sur l'offre de service local, le parcours des personnes, l'aide aux aidants, etc.... et non sur les missions d'évaluation car à elles seules, elles peuvent emboliser les moyens et hypothéquer la mobilisation nécessaire sur coordination locale. Par ailleurs l'évaluation est assurée par les travailleurs sociaux de l'APA qui sont sectorisés sur les mêmes territoires que ceux des CLIC.

Le CODERPA préexistait en parallèle au conseil consultatif en faveur des personnes âgées qui a toujours été actif dans notre Département et a notamment beaucoup travaillé sur l'élaboration du schéma gérontologique adopté par le Conseil général en juin 2006. En 2006 le CODERPA a été fusionné avec ce conseil consultatif. Cette nouvelle instance se dénomme CODERPA. Les représentants des personnes âgées ont le siège de la vice-Présidence et le premier collège du CODERPA.

Point 4.2.2. L'évaluation médico- sociale

Voir ci-dessus pour le refus du Conseil général pour que les CLIC soient évaluateurs

Point 4.2.3. Les plans d'aide à domicile

Le contenu des plans d'aide est le plus souvent constitué d'heures d'aide à domicile. La terminologie « aide ménagère » n'est pas appropriée car elle se réfère à la qualification d'une prestation financière définie par la CNAV. Cette situation que l'on constate de façon générale dans tous les départements correspond aux besoins et aux demandes prioritaires des personnes dans le cadre d'un plan d'aide contraint par le plafond national de l'APA.

La remarque sur « les refus et les raisons » n'est pas compréhensible et est sans fondement pour nous.

Points 5.1 et 5.2. : la MDPH et la PCH

Pour la MDPH :

Points	Observations
• La DDASS 94 2.2.2.	La DDASS met à disposition de la MDPH 24,7ETP et demande le transfert, en 2007, de 18 agents soit 9,81 ETP de médecins et d'agents administratifs à la MDPH.
• CRAMIF 2.3.1.	C'est une convention qui va être passée entre la CRAMIF et la MDPH pour l'évaluation de besoins de compensation des demandeurs de PCH par des ergothérapeutes et des assistantes sociales CRAMIF... Mais la CRAMIF ne « finance pas » des ergo... A vérifier mais ce ne sont pas 600 personnes qui composent le service social CRAMIF ...plutôt 60.
• MDPH 5.1	Problème de formulation : le CG « estime que la MDPH ne constitue pas un transfert de compétences vers le Département... En effet, le Département est chef de file mais ce n'est pas une décentralisation. Mise à jour de la subvention CNSA 510 500 € pour 2007 et non plus 410 500 € Retard CTORÉP, CDES, Dival : 12 000 demandes et non 2000 Nombre moyen de demandes reçues par la MDPH : 35 000 et non 42 000...c'est déjà beaucoup !
• Montant moyen de l'aide mensuelle PCH 5.2.	Formulation : il s'agit du montant moyen des dépenses PCH effectuées par le Département sur 10 mois en 2006, à savoir 90 507 € et non 71 393 € Dépenses totales PCH en 2006 : 905 079 €

Pour la PCH :

Nombre de dossiers comportant une ou plusieurs demandes		
Adultes	314	97,21%
Enfants	9	2,79%
Nombre total de dossiers	323	
Nombre d'aides validées en CDAPH		
Aide humaine	179	59,67%
Aide technique	51	17,00%
Adaptation du logement	18	6,00%
Adaptation du véhicule ou frais liés au transport	15	5,00%
Aide spécifiques ou exceptionnelles	37	12,33%
Aide animalière	0	0,00%
<i>SOUS TOTAL</i>	300	100,00%
Rejet Critères handicap	59	69,41%
Rejet Critères administratifs	4	4,71%
Rejet Critères âge	22	25,88%
<i>SOUS TOTAL</i>	85	100,00%
Renonciation	10	40,00%
Décès	15	60,00%
<i>SOUS TOTAL</i>	25	100,00%
Nombre total de demandes validées	410	
Nombre d'aides en cours d'évaluation au sein de ces demandes		
Aide Humaine	1	1,12%
Aide technique	45	50,56%
Adaptation du logement	35	39,33%
Adaptation du véhicule ou frais liés au transport	6	6,74%
Aide spécifiques ou exceptionnelles	2	2,25%
Aide animalière	0	0,00%
Nombre total de demandes en cours	89	