

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

COLLECTION
ÉTUDES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

La mise en oeuvre
de la prestation spécifique dépendance
dans six départements

Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires (LAPSS)
Responsable scientifique : Claude MARTIN
Coordinatrice scientifique : Blanche Le BIHAN

n°8 - décembre 2000

MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ

Sommaire

Introduction générale	3
Phase 1 : La Prestation Spécifique Dépendance à domicile	7
Introduction	11
Analyse quantitative et données de cadrage	12
Constat général	13
L'effet du Gir	15
L'évolution chronologique	15
Les systèmes d'information réalisés par les départements	16
Genèse du dispositif PSD et définition des modalités du partenariat institutionnel	18
L'avant 1997 ou les fondements du dispositif PSD	18
Analyse comparée des conventions	23
Le dispositif PSD et sa mise en œuvre	26
Information	26
Constitution du dossier	28
Instruction administrative	32
Evaluation de la dépendance	33
Offre de services	37
Processus de décision	40
Mise en œuvre du plan d'aide	42
Conclusion : Essai de typologie	43
Bilan, évaluation par les acteurs des difficultés, controverses et propositions de Réforme	46
Les apports de la loi PSD	46
Enjeux, risques et controverses	49
Difficultés et critiques	50
Annexes	57
Phase 2 : La Prestation Spécifique dépendance en établissement	63
Introduction	67
Données de cadrage	69
Quelques données socio-démographiques	69
Typologie des établissements enquêtés	71
Analyse des résultats de la PSD dans les établissements enquêtés	73
Genèse et invention du dispositif	77
La prise en charge de la dépendance en établissement avant la PSD	77
Les principes adoptés	79
L'entrée en scène des établissements	84
Dispositif et mise en œuvre	87
Information	87
Constitution du dossier et instruction administrative	89
Procédure d'évaluation	93
Attribution de la prestation	98
Procédure de suivi	100
Conclusion	101
Annexes	105
Conclusion générale	114

Introduction

Rappel de l'objet de l'étude

La mise en œuvre de la PSD en France n'a pas encore donné lieu à une enquête approfondie et qualitative sur le fonctionnement institutionnel du dispositif. Nous disposons, pour l'instant, grâce au système de suivi centralisé à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, de données quantitatives concernant la montée en charge du dispositif : nombre de bénéficiaires, nombre de dossiers traités, montant moyen de la PSD en établissement et à domicile.

Un des aspects cruciaux qui mérite maintenant d'être étudié concerne les pratiques institutionnelles et leurs variations sur le territoire. L'objet de l'étude était précisément de procéder à une enquête qualitative fine auprès des acteurs du dispositif institutionnel dans six départements choisis pour leur hétérogénéité. Il s'agissait donc de décrire la manière dont le dispositif PSD a été reçu et mis en œuvre par les acteurs institutionnels concernés, dans les Directions des affaires sociales des Conseils généraux avec leurs partenaires territoriaux, mais aussi, de mettre en évidence les écarts et de comprendre les effets des choix institutionnels et des pratiques mises en œuvre.

Méthodologie

La PSD étant attribuée à domicile et en établissement, l'étude a été divisée en deux phases consacrées l'une à la PSD à domicile, l'autre à la PSD en établissement. Les acteurs et enjeux étant différents, il a en effet paru pertinent d'opérer cette distinction afin de bien comprendre chacun des dispositifs.

Phase 1 :

Il s'agissait, dans un premier temps, d'étudier le dispositif PSD depuis les guichets de réception des demandes d'allocation jusqu'à l'attribution, puis de l'attribution aux procédures de suivi des allocataires. Dans cette première phase, ont été consultés une vingtaine de représentants institutionnels par site : les agents administratifs du Conseil général (directeur des affaires sociales, chef de services, contrôleurs des lois...), les membres des équipes médico-sociales (médecins et travailleurs sociaux), les responsables d'associations d'aide à domicile, les Centres communaux d'action sociale (CCAS), les élus en charge de la Commission des affaires sociales, les agents des institutions partenaires (CRAM, CNAV, MSA, et les autres Caisses présentes dans les différents départements). Les acteurs ont varié selon les configurations locales. Des monographies ont été constituées pour chacun des sites.

Phase 2 :

Dans un second temps, a été étudiée la mise en œuvre de la PSD en établissements. Nous avons sélectionné de manière raisonnée, selon une méthode de tri aléatoire, avec le soutien de la Drees, et de la CNAV et à l'aide des conseils et avis des interlocuteurs de la première phase, quatre établissements sur lesquels un recueil systématique d'informations a été effectué et des monographies détaillées constituées.

Les sites :

Six départements ont été sélectionnés en tenant compte d'une série de variables : le nombre de bénéficiaires de la PSD par rapport à la moyenne nationale et en rapport avec la population des personnes de 75 ans et plus ; la part de population âgée de 75 ans et plus dans le département, le potentiel fiscal par habitant ; les tarifs en établissement et à domicile ; le prix de journée moyen ; la répartition par grande région géographique ; le critère urbain / rural ; le fait qu'il y ait eu ou non une période d'expérimentation (la PED). Avec ces critères, ont été retenus les départements suivants :

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

L'équipe :

L'équipe de recherche est composée de six binômes, un pour chaque site, associant deux laboratoires de recherche, le LAPSS et le LERFAS (Laboratoire Etude, recherche, formation en action sociale) :

Martine Bellanger, docteur en économie, chercheur au LAPSS / ENSP (phase 2 de l'étude) ;

François Bigot, docteur en sociologie, directeur du LERFAS, Tours ;

Pierre-Henri Bréchat, médecin inspecteur de santé publique (MISP), chercheur associé au LAPSS / ENSP ;

Thomas Frinault, doctorant en science politique CRAP et LAPSS / ENSP ;

Alain Jourdain, docteur en démographie, chercheur au LAPSS / ENSP ;

Blanche Le Bihan, doctorante en science politique, CRAP ;

Patricia Loncle, docteur en science politique, chercheur au LAPSS / ENSP ;

Claude Martin, chercheur CNRS au Centre de recherches administratives et politiques (CRAP CNRS / IEP de Rennes et Université de Rennes 1) et directeur scientifique du LAPSS / ENSP ;

Thierry Rivard, chercheur au LERFAS ;

François-Xavier Schweyer, docteur en sociologie, chercheur au LAPSS / ENSP.

Assistante de laboratoire : *Régine Mafféis*.

La responsabilité scientifique est assurée par Claude Martin, chercheur CNRS au Centre de recherches administratives et politiques (CRAP CNRS/IEP de Rennes et Université de Rennes 1) et directeur scientifique du Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires. La coordination scientifique est assurée par Blanche Le Bihan, chercheur en science politique.

L'étude a par ailleurs été suivie par la Drees et la CNAV, dans le cadre de réunions régulières faisant le point sur l'avancée du travail et sur les difficultés rencontrées.

La démarche d'enquête

Chaque binôme de chercheurs a programmé la visite des six sites. Chaque équipe a procédé à des entretiens semi-directifs auprès des principaux acteurs du dispositif

institutionnel de la PSD à partir d'une grille unique d'entretien élaborée pour chacune des deux phases (voir en annexe), et adaptée en fonction de nos interlocuteurs.

Pour la phase 1, sur chaque site, nous avons retenu un correspondant principal (généralement au Conseil général, à la CRAM pour le département C) avec lequel nous avons identifié les interlocuteurs pertinents et organisé la visite du site. 100 entretiens semi-directifs ont ainsi été réalisés.

Pour la phase 2 de l'étude, nous avons procédé au tirage aléatoire de quatre établissements dans les six départements de l'étude, à partir des fichiers FINESS du Ministère de l'emploi et de la solidarité : une maison de retraite, un foyer logement, un centre long séjour et un établissement non habilité aide sociale. Nous avons rencontré, au sein de chaque établissement, un membre du personnel administratif et un membre du personnel de soin. Par ailleurs un entretien auprès des personnes impliquées dans la procédure PSD en établissement a été effectué au Conseil général. Il s'agissait dans certains cas de personnes déjà rencontrées au cours de la phase 1. 80 entretiens semi-directifs ont ainsi été réalisés.

Ce document est la reprise de deux rapports d'études sur la mise en œuvre de la prestation spécifique dépendance à domicile et en établissement réalisés par la DREES. Un schéma identique a été adopté articulant la réflexion autour de trois axes principaux : les données de cadrage, la genèse du dispositif, et enfin les modalités de sa mise en œuvre.

Mise en place en 1997, la Prestation Spécifique Dépendance s'est inscrite dans des contextes départementaux très variés. **La notion de coordination** permet alors d'appréhender ces différences dans le cas du versement de la prestation à domicile comme en établissement. Elle interroge les relations qui se mettent en place, dans le cadre de la genèse du dispositif comme dans sa pratique, entre les partenaires institutionnels et professionnels concernés : les Caisses et le Conseil général pour la PSD à domicile, les établissements d'hébergement et le Conseil général pour la PSD en établissement ; et dans les deux cas, les professionnels du secteur social et du secteur de la santé. C'est cette notion de coordination qui constitue le fil directeur de la réflexion menée dans les pages qui suivent.

Phase 1 :
La Prestation Spécifique Dépendance à domicile

Sommaire

Introduction	11
Analyse quantitative et données de cadrage	12
Constat général	13
L'effet du Gir	15
L'évolution chronologique	15
Les systèmes d'information réalisés par les départements	16
Genèse du dispositif PSD et définition des modalités du partenariat institutionnel	18
L'avant 1997 ou les fondements du dispositif PSD	18
Analyse comparée des conventions	23
Le dispositif PSD et sa mise en œuvre	26
Information	26
Constitution du dossier	28
Instruction administrative	32
Evaluation de la dépendance	33
Offre de services	37
Processus de décision	40
Mise en œuvre du plan d'aide	42
Conclusion : Essai de typologie	43
Bilan, évaluation par les acteurs des difficultés, controverses et propositions de réforme	46
Les apports de la loi PSD	46
Enjeux, risques et controverses	49
Difficultés et critiques	50

Introduction

Cette première phase analyse de façon comparée le fonctionnement institutionnel et les modalités de mise en œuvre de la Prestation Spécifique Dépendance versée à domicile dans les six départements. Mise en place en 1997, elle s'est inscrite dans des contextes départementaux variés, allant d'un système d'actions déjà constitué en faveur des personnes âgées à une mise en place *ex nihilo*. L'étude examine par ailleurs les conditions de mise en œuvre de la PSD à travers ses différentes étapes d'attribution : information, constitution du dossier et instruction administrative. Elle retrace aussi les processus d'évaluation de la dépendance et de prise de décision. Trois types de coordination peuvent alors être identifiés, entre Conseils généraux et caisses de sécurité sociale, selon le degré et la nature du partenariat développé. Enfin, elle s'intéresse au point de vue des acteurs sur le dispositif et aux dysfonctionnements soulignés par les différents interlocuteurs.

La synthèse de cette première phase de l'étude s'organise en quatre parties développant une analyse comparative des différents sites étudiés.

- Analyse quantitative et données de cadrage.
- Genèse du dispositif PSD et définition des modalités du partenariat institutionnel.
- Le dispositif PSD et sa mise en œuvre.
- Bilan, évaluation par les acteurs des difficultés, controverses et propositions de réforme.

Analyse quantitative et données de cadrage

Cette étude tente de décrire et définir les raisons de la diversité observée dans les pratiques départementales. On s'attachera, dans cette première partie, à décrire:

- les différences de taux de bénéficiaires observés dans les six départements et les facteurs associés (et non forcément explicatifs) ;
- l'évolution du nombre de bénéficiaires d'une aide avant et après la loi sur la PSD ;
- l'existence de différences dans la répartition par Gir ;
- la nature des informations renvoyées par les services départementaux aux partenaires locaux et proposer une sélection de celles qui paraissent les plus utiles pour analyser l'impact de la loi.

Constat général

	Potentiel fiscal en 1998	Part des 75 ans et plus dans la population (en %) en 1998	Nb de bénéficiaires de la PSD pour 1000 hab. de 75 ans et plus (au 31.12.99)	Département expérimental ou non
A	1 269	6,1	32,6	Oui
B	1 038	10,3	38,7	Oui
C	1 259	5,1	n.d	Non
D	1 195	7,7	24,7	Non
E	2 082	4,1	16,8	Non
F	1 706	5,4	16,5	Non

Source : DREES.

Les départements ont été choisis en fonction de leur diversité vis-à-vis des principaux déterminants d'un besoin d'aide financière aux personnes âgées dépendantes (rural/urbain, proportion de personnes de plus de 75 ans, potentiel fiscal, département expérimental ou non). Nous retrouvons donc naturellement ces caractéristiques dans les données présentées.

Départements expérimentés	Proportion de bénéficiaires pour 1.000 habitants de + de 75 ans (fin 1998)	Proportion de bénéficiaires pour 1.000 habitants de + de 75 ans (mi-1999)	Taux de rejet 3e trimestre 1999 (en % des dossiers complets)	Proportion de bénéficiaires pour 1.000 habitants de + de 75 ans (mi-1999) en établissement	Proportion de bénéficiaires pour 1.000 habitants de + de 75 ans (mi-1999) à domicile	Bénéficiaires fns (en % de pop. de 60 et +) source GC	Potentiel fiscal par habitant en 1998 Source GC
Dépt A	23	26	14,8	19	8	10,5	1269
Dépt B	34	34	22,3	16	18	9,76	1038
Dépt C	18	n.d	18,6	n.d	n.d	4,32	1259
Dépt D	20	26	15,9	12	14	7,49	1195
Dépt E	18	16	23,6	8	7	2,68	2082
Dépt F	12	14	27,4	5	9	4,2	1706

Tableau réalisé à partir des données recueillies au cours des entretiens dans les six départements.

Trois régions ont un taux plus élevé de PSD, cette différence semble due principalement au nombre de PSD en établissement (rapport de 1 à 3), mais aussi au nombre à domicile (1 à 2). Le taux de rejet est plus élevé dans les départements qui ont la plus faible proportion de PSD par habitant (à l'exception du département B), sans que l'on puisse être sûr qu'il existe une relation de cause à effet.

Les différences de pratiques vis-à-vis des personnes en établissement peuvent expliquer en partie les écarts constatés. L'extension de la PSD au Gir 4 vient ainsi augmenter le nombre de bénéficiaires.

Le potentiel fiscal est la seconde variable explicative du nombre de PSD. Les régions qui ont le taux de PSD le plus faible sont aussi celles qui ont la plus faible proportion d'allocataires du minimum vieillesse, mais aussi celles qui ont le potentiel fiscal le plus fort par habitant (départements F et département E). A noter que le département C a un faible potentiel fiscal et relativement peu d'allocataires du minimum vieillesse, probablement à cause d'un taux de salariat plus élevé que dans les régions rurales.

Les causes de rejet sont essentiellement liées au Gir, le revenu venant très loin après parmi les causes de rejet. Cela n'est pas conforme à l'hypothèse que le revenu des personnes âgées est le principal déterminant du nombre de PSD. On peut expliquer cette contradiction par le fait que les usagers et les professionnels ne constitueront un dossier que si le seuil de revenu n'est pas dépassé ; en revanche, ils peuvent plus difficilement

contradiction par le fait que les usagers et les professionnels ne constitueront un dossier que si le seuil de revenu n'est pas dépassé ; en revanche, ils peuvent plus difficilement anticiper sur la valeur du Gir, surtout quand les personnes sont approximativement dans la catégorie Gir 3 et 4.

L'effet du Gir

La répartition par Gir est homogène entre ces départements. Les plus grosses différences sont entre le département F et le département D avec une faible proportion de Gir 3 par rapport aux autres départements.

L'évolution chronologique

Les départements ont-ils fait des économies suite à la nouvelle loi sur la PSD ? L'évolution chronologique du nombre total de personnes dépendantes aidées semble indiquer que cela fut bien le cas.

Ensemble des aides gérées par les départements : aide ménagère, Actp de plus de 60 ans, PSD	1996	1997	1998	% de baisse des aides totales
Dépt A	7.166	5.978	5.143	-28,2
Dépt B	998	817	1.170	17,2
Dépt C	7.059	6.806	6.097	-13,6
Dépt D	4.003	3.522	3.869	-3,3
Dépt E	2.167	2.130	2.148	-0,8
Dépt F	3.192	2.750	2.431	-23,8
Total six départements	24.585	22.003	20.858	-15,1

Source : Drees.

Le nombre total de personnes âgées aidées a diminué de 15 % dans les six départements entre 1996 et 1998, avec de fortes variations selon les départements.

Les systèmes d'information réalisés par les départements :

Chaque département a réalisé un système d'information concernant la PSD. Cela dit, les rapports qui ont été rédigés et distribués aux partenaires du Conseil général sont quantitativement très différents : ainsi, celui du E (sept. 99) comporte 16 pages, celui du A, 8 pages (déc. 99), trois pages dans le département C (nov. 99), une page dans le département D (déc. 99), quatre pages dans le département F (nov. 99).

Il est impossible de comparer les données récapitulatives fournies par la Drees avec les documents statistiques fournis par les services des départements, ces derniers ne s'intéressent qu'au nombre de dossiers traités au cours d'une période (trimestre) ou au nombre total cumulé depuis le début de cette prestation, très rarement au « stock » (sauf dans le département A).

De façon plus détaillée, la structure de ces documents est la suivante.

Le département E fait un bilan à deux ans présenté au comité de coordination gérontologique en septembre 1999. On y trouve une présentation du dispositif, l'évolution des demandes (nombre de dossiers complets, activité du service administratif, décisions favorables), la répartition par Gir et lieu de résidence, la répartition par sexe et âge, les recours, l'activité des équipes médico-sociales. Il s'agit donc avant tout d'un rapport d'activité.

Le département A présente des données d'activité : nombre de demandes, dossiers décisionnés, décisions favorables. Puis, les bénéficiaires en fin d'année sont décrits, y compris le montant moyen des PSD versées à domicile et en établissement, les bénéficiaires de la PED et de l'ACTP. L'introduction du Gir 4 dans les critères d'éligibilité a accru les taux d'acceptation de façon très significative (73 à 83 %). Il sera intéressant de voir l'effet de relèvement du seuil de récupération prévu dès 2000, où il passera à 500 000 francs. Le département A a mis au point un tableau de bord qui permet un suivi mensuel du nombre de demandes et les décisions présentées selon le domicile et l'établissement.

Le département C ne nous a pas fourni de données sur le nombre de PSD versées un jour donné (en stock). On dispose de données sur les dossiers traités : nombre total cumulé (10.498), les admissions, les Gir, les causes de rejet, une analyse domicile / établissement, ainsi qu'une série chronologique mensuelle rétrospective.

Le département D présente le nombre d'accords, de rejets, les PSD payées (domicile/établissement), le montant total versé et la répartition par Gir et par âge.

Le département F présente une évolution chronologique trimestrielle, la répartition par Gir, le contenu des plans d'aide MSA, CPAM et département, l'évolution de la coordination réalisée entre les partenaires, l'évolution des dépenses par trimestre, les délais de traitement, les effets prévisibles sur l'emploi, l'organisation mise en place pour la réforme de la tarification. Le cas du département F est intéressant, car il comprend des informations sur les plans d'aide réalisés par les différents partenaires, permettant ainsi une analyse globale des besoins auxquels répond l'aide à domicile.

Genèse du dispositif PSD et définition des modalités du partenariat institutionnel

La mise en place de la PSD s'est inscrite dans des contextes départementaux variés. « L'avant PSD » a pesé sur la façon dont le dispositif a été reçu et compris. Plusieurs questions aident à comprendre la genèse et la mise en place de la prestation spécifique dépendance. Il s'agit d'abord de savoir si la dépendance, et plus généralement la vieillesse, était construite localement comme un problème public. Existait-il une politique gérontologique départementale ? Y avait-il débat autour du projet de loi ? La loi fut-elle anticipée ? Une autre question a trait aux partenariats locaux préexistants. Peut-on parler d'un effet PED dans les départements expérimentateurs ? Quelles conséquences l'expérimentation a-t-elle eu sur le dispositif PSD ? Les associations ont-elles joué un rôle ? Une dernière question éclaire la compréhension de la genèse du dispositif : c'est celle de la politique du Conseil général ou plutôt, de sa volonté de maîtriser ou de déléguer la gestion de la PSD.

La lecture comparative des différentes conventions signées entre les Conseils généraux et les Caisses est aussi très instructive. Elle donne des éléments précis permettant de comprendre le type de partenariat et son degré d'institutionnalisation : les conventions ont-elles été élaborées en commun ? Y a-t-il gestion partagée du dispositif ? Que sait-on des échanges d'information ? Quels sont les modes de régulation ?

L'avant 1997 ou les fondements du dispositif PSD

Les six départements étudiés présentent des configurations différentes qu'il est possible de classer selon un continuum allant d'un système d'action déjà constitué et structuré à une mise en place *ex nihilo*. Quatre éléments permettent de caractériser ce contexte :

Département	A	B	C	D	E	F
Genèse	Nombr. actions, diverses institutions	Actions engagées	Suivi attentif de l'ACTP	PSD non prioritaire	Etudes ACTP, suivi des débats	Actions non coordonnées
PED	Oui, volontariste	Oui	Non mais effets indirects	Non, faible capacité institutionnelle et pas de volonté politique	Non mais analyse autres expériences	Non mais effets indirects
Partenariat	Fort et déjà ancien	Oui. Partenariat ancien	Non	Non	Non	Monopole modifié et élargi
Politique Conseil général	Suite logique et déception relative face à la PSD	Suite logique	Légalisme et délégation à la CRAM	Légalisme. Application minimale de la loi.	Création par le CG	Création, contrôle et médicalisé
Synthèse	PSD, continuation « en retrait » de la PED	PSD inscrite dans processus engagé	PSD, engagement légaliste et délégation	PSD appliquée reste secondaire	PSD, appliquée	PSD, affirmation du Conseil général

La dépendance en question ou la genèse d'un problème public

Département	A	B	C	D	E	F
Genèse	Nombreuses actions, diverses institutions	Actions engagées	Suivi attentif de l'ACTP	PSD non prioritaire	Etudes ACTP, suivi des débats	Actions non coordonnées

Le département A a engagé une étude sur la réforme de l'ACTP dès 1993, avec la ferme volonté de contrôler l'effectivité de l'aide. C'est donc « logiquement » que le département se porte candidat en 1994 pour la PED. Les différentes institutions du département partagent une même conception de l'action publique empreinte d'un certain humanisme et du souci d'améliorer la qualité de vie des citoyens.

Dans le département B, le Conseil général met l'accent sur la continuité de la politique départementale en direction des personnes âgées. Cette appréciation est partagée par l'ensemble des acteurs. Le caractère « partenarial » de cette politique s'exprime dans la

« Charte de Coordination gérontologique » adoptée en 1994, et signée au départ par le Conseil général, la CRAM, la MSA, les familles rurales, l'association de services pour le maintien à domicile, le Comité départemental de l'amélioration de l'habitat.

Dans le département F, chacune des institutions partenaires de la PSD avait engagé des actions dans le domaine de la dépendance bien avant la loi de 1997. Assez tardivement, comparativement aux travaux du CODERPA, le département a défini et mis en place en 1992, un premier plan gérontologique en lien avec l'Université et l'Observatoire régional de la santé, notamment. Un des effets de ce plan gérontologique a été de désigner un conseiller général responsable de ce domaine en 1993. Le département avait, par ailleurs, mis en place une aide à l'amélioration de l'habitat des personnes âgées en 1993-94, par une approche globale peu ciblée sur les besoins. Il y a, selon l'élu en charge des affaires sociales, une culture gérontologique propre au département, et si la PSD « fonctionne bien », aujourd'hui, on peut y voir l'effet d'une prise de conscience antérieure.

Pour ce qui est du département C, l'ACTP posait quelques problèmes sans que le département ne s'engage plus avant. Une attention particulière était portée aux expérimentations, tout particulièrement à celle d'un des départements voisins dans laquelle était engagée la CRAM locale.

Dans le département D, où il n'y avait pas de service social déterminé pour une prise en charge des personnes âgées - mais un service complètement administratif avec définition du taux en COTOREP- la priorité départementale était la mise en place du RMI. Le Conseil général avait conscience que l'ACTP était destinée essentiellement aux personnes âgées et qu'elle n'était pas utilisée à rémunérer une tierce personne, mais le plus souvent utilisée comme un complément de ressources.

Un effet 5^e risque ?

Le débat et les prises de position sur le 5^e risque ne semblent pas avoir eu beaucoup d'effet sur la mise en place de la PSD. Deux départements ont pris position en faveur du 5^e risque, mais après la mise en place de la PSD, en sorte qu'il n'y eut aucun effet

tangible sur le dispositif. Dans le département E, « l'effet 5^e risque » ne s'est fait sentir qu'en 1998, quand l'assemblée départementale a voté une motion en faveur de la couverture de la dépendance par l'assurance sociale. A cette époque, le dispositif PSD était déjà bouclé, ce vote n'a donc pas eu d'effet sur la genèse du dispositif. De même dans le département D, la prise de position politique en faveur du 5^e risque n'a eu, semble-t-il, aucune incidence. Le président du Conseil général a pris position en tant que sénateur contre la PSD, mais au moment de ce vote il n'occupait pas encore la fonction de président du Conseil général.

En revanche, dans le département F, la controverse qui a précédé l'adoption de la loi, entre les partisans du cinquième risque, autour de l'assurance maladie, et les Conseils généraux preneurs de la gestion d'une nouvelle prestation, a, semble-t-il, pesé sur le début des discussions. L'accord partagé sur la nécessité de réformer l'ACTP (devenue une forme d'aide sociale), n'a pas empêché la controverse, qui n'a pas, aujourd'hui, entièrement disparu des esprits. Côté département, on estime que les partenaires ont été réticents, voire hostiles, à la mise en place d'une prestation pour laquelle ils n'étaient pas favorables.

Dans cinq départements sur six, la mise en place de la PSD a été discutée avant le vote de la loi. Les débats qui l'ont précédé ont été largement diffusés et les travaux préparatoires à la mise en œuvre de la PSD ont commencé tôt.

L'impact de la prestation expérimentale dépendance (PED)

Département	A	B	C	D	E	F
PED	Oui, volontariste	Oui	Non mais effets indirects	Non, faible capacité institutionnelle et absence de volonté politique.	Non mais analyse autres expériences	Non mais effets indirects
Effet	Direct, positif et déceptif	Direct et positif	Indirect positif par acquis CRAM	Sans effet	Indirect, positif par analyse	Indirect discriminant

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

Existait-il des partenariats ?

Département	A	B	C	D	E	F
Partenariat	Fort et déjà ancien	Oui Fort et ancien	Non	Non uniquement partage des responsabilités CG / MSA	Non	Monopole modifié et élargi
Place associations	Partenaires PED	Partenaires dès 1994	Soutenue par pouvoirs publics	Eclaté	Faible	Monopole d'une association
Effet PSD	Continuité	Continuité	GIR 4, 5, 6 mieux aidés	Création	Coordination géranto.	Eclatement monopole

Les départements expérimentateurs disposent de réseaux de partenariat visant à coordonner les actions en faveur des personnes âgées d'ores et déjà constitués et rodés (département A et B). Dans le département F, le partenariat qui préexistait entre les caisses et une association d'aide à domicile a été modifié et élargi par le Conseil général, à l'occasion de la mise en œuvre de la PSD. Dans les autres départements, il ne semble pas qu'un partenariat structuré en faveur de la prise en charge des personnes âgées dépendantes aient pu être mobilisé. Il a fallu au contraire le constituer.

La politique du Conseil général

Département	A	B	C	D	E	F
Politique Conseil général	Suite logique et déception relative	Suite logique	Légalisme et délégation à la CRAM	Légalisme Application minimale de la loi	Création par le CG..	Création, contrôle et médicalisé

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

Analyse comparée des conventions

Il ne s'agit pas ici d'entrer dans le détail de chacune des conventions mais plutôt d'en saisir l'esprit pour apprécier le type de partenariat mis en œuvre et son degré d'institutionnalisation.

L'élaboration de la convention peut être le fait du seul Conseil général (F et E), comme elle peut avoir été élaborée en commun par les signataires (A, B, C).

La convention peut être globale ou sélective. Dans le premier cas, la convention est cosignée par l'ensemble des partenaires ; dans le second, il existe une convention par partenaire. Dans un cas, il existe deux conventions entre partenaires, une stipulant les modalités de coordination et la seconde exposant la mise à disposition des moyens.

Enfin, dans un cas, il y a à la fois une convention commune et des conventions par partenaires.

Le partenariat peut être intégrateur ou différencié. Intégrateur, il liera les partenaires dans un même projet aux règles partagées (A et B). Différencié, il spécifiera pour chacun des modalités de partenariat particulières (E et D). Dans ce cas, il peut y avoir une convention entre le Conseil général et chacun des partenaires (D) ou une convention commune détaillant la part qui revient à chacun (E) à laquelle s'ajoutent des conventions spécifiques.

L'objectif de la convention est pour tous, la coordination. Elle s'appuie, dans tous les cas, sur un partenariat minimal en termes d'échange d'informations et de coordination des prestations. Mais elle peut aussi prévoir une gestion concertée du dispositif en partenariat (D), chaque signataire ayant son champ d'intervention (E), ou définir un échange de moyens (C), ou encore préciser une collaboration étroite devant aboutir à une véritable coopération (A). Il existe même des instances de médiation et de concertation rassemblant les équipes médico-sociales et les acteurs locaux (A et B). Ainsi, dans le B, cette coordination locale au niveau des cantons qui préexistait au dispositif PSD est conçue comme fondamentale.

En général, une instance de suivi est prévue. Mais là encore, la variété est grande entre l'institution formelle d'un comité technique appelé à se réunir une fois l'an et la création d'une ou plusieurs instances dont les actions sont précisées en matière de suivi, de coordination et d'harmonisation des procédures et des démarches, voire de formation des intervenants.

Un tableau récapitulatif présente quelques aspects des conventions :

Département	A	B	C	D	E	F
Elaboration	En commun	En commun	A deux (deux conventions)	Avec chaque partenaire	En commun, mais préalablement définie seul.	Conseil général seul
Partenaires ayant signé	CRAM, autres caisses, CPAM, associations, CCAS	CRAM, MSA	CRAM, (MSA en projet)	CRAM, autres caisses.	CRAM, MSA, URSSAF	CRAM, autres caisses, URSSAF, trois CPAM
Objectif	Coordination, gestion partagée et collaboration	Coordination et échange d'information	Partenariat (mise en commun de moyens)	Coordination et échange concerté (avec la CRAM et MSA)	Coordination	Coordination des aides, mise à disposition de personnels
Suivi	Comité de coordination et structures de coordinations (CODEM)	Instance de coordination géronto. départ.	Comité de coordination et instance départ. de coordination géronto.	Pilotage inter-institutionnel lâche	Comité technique départ. de coordination	Comité technique
Enoncé de la mise en œuvre	Détaillé et précis sur gestion processus	Principes et modalités générales	Processus décrit		Détaillé de façon séparée par partenaire	Détaillé et outils en annexe

Le dispositif PSD et sa mise en œuvre

Nous reprenons ici les différentes étapes d'attribution de la PSD :

- information,
- constitution du dossier,
- instruction administrative,
- évaluation : les équipes médico-sociales et la procédure dévaluation,
- processus de décision,
- mise en œuvre.

Pour chaque étape, une approche comparée des sites est proposée sous la forme de tableaux, suivis de commentaires développant quelques éléments significatifs. Au terme de cette troisième partie, il est possible de construire deux typologies permettant de comprendre le partenariat et les coordinations à l'œuvre dans la pratique du dispositif.

1. L'information

On peut distinguer deux niveaux d'information : auprès des professionnels, auprès des usagers.

La mise en œuvre du dispositif PSD a nécessité une vaste campagne d'information dans les six départements, auprès des professionnels du secteur social et sanitaire et des CCAS, d'une part, des usagers, d'autre part. Dans 5 départements sur six (le C excepté), c'est l'information auprès des professionnels et des CCAS qui fait l'objet d'une organisation systématique. Elle prend plusieurs formes : des plaquettes d'information, des réunions, des rencontres afin d'exposer de façon très précise le dispositif PSD.

L'information auprès des usagers peut prendre plusieurs formes :

- l'information donnée par les professionnels qui deviennent des relais du dispositif.
- Les dépliants et plaquettes mis à disposition du public dans les Conseils généraux, CCAS, CRAM, associations d'aide à domicile.

- L'organisation de rencontres avec la population (les réunions cantonales dans le F).

Les difficultés rencontrées sont de quatre ordres :

- l'information diffusée auprès du public provient de sources diverses (travailleurs sociaux, médecins, administratifs...), les points de vue sont donc pluriels.
- L'assimilation du dispositif parfois perçu comme complexe peut poser problème, notamment dans les petits CCAS. L'information peut alors, comme dans le F, devenir un véritable enjeu.
- La difficulté à toucher les médecins généralistes, qui sont pourtant des interlocuteurs essentiels pour la personne âgée.
- Le fait que l'information n'est perçue comme pertinente par l'utilisateur qu'au moment où un problème survient, ce qui pose la question de la continuité de l'action informative qui n'est, par définition, jamais achevée. On retrouve, au niveau de la population cette fois, le problème de l'appropriation et de l'assimilation de la procédure.

2. Constitution du dossier

Constitution du dossier (1)

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

Constitution du dossier (2) : les pièces justificatives des revenus

	Pièces justificatives des revenus
Dépt A	<p>Distingue :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « liste des pièces devant être jointes à toutes demandes » : tous les justificatifs actualisés des ressources de toute nature du foyer ; le relevé des capitaux placés auprès des organismes bancaires ou financiers (modèle ci-joint) ; le dernier avis d'imposition du foyer, - « pièces complémentaires en cas de demande PSD ou d'aide ménagère au titre de l'aide sociale » : copie des taxes foncières, copie des actes notariés en cas de donation, vente ou legs.
Dépt B	<ul style="list-style-type: none"> - dernier avis d'imposition ou de non-imposition, - dernière déclaration des revenus, - derniers avis de taxe d'habitation et d'impôts fonciers, - attestations annuelles de pensions, retraites, salaires du demandeur et de son conjoint y compris celles non imposables de l'année en cours et de l'année précédant la demande, - avis de versement des retraites du dernier trimestre, - état des capitaux mobiliers détenus par le demandeur et le cas échéant son conjoint ou concubin (attestation de banques, relevé de comptes...), - actes de vente ou de donation effectués dans les 10 ans précédant la demande.
Dépt C	<ul style="list-style-type: none"> - justificatifs des dernières pensions perçues ou salaires, - notification d'attribution de pensions, - allocation logement, - pièces justificatives des revenus des capitaux mobiliers et immobiliers (placements financiers, livret d'épargne, revenus fonciers...), - dernière facture de loyer, - dernier avis d'imposition ou de non-imposition, - taxe d'habitation, taxe foncière, - attestation notariée ou sur l'honneur reprenant l'inventaire des biens immobiliers et valeurs mobilières possédés ou donnés au cours des 10 dernières années.
Dépt D	<ul style="list-style-type: none"> -la déclaration sur l'honneur relative au recours sur succession et donations, -photocopie intégrale de l'acte de propriété, -photocopie de l'extrait de la matrice cadastrale, -photocopie de la dernière taxe foncière, -la photocopie de votre dernier avis d'imposition sur le revenu, -attestation annuelle des organismes de retraite (pension principale et complémentaires), -justificatifs de tous vos revenus de quelque nature qu'ils soient, ceux de votre conjoint ou concubin (pensions, allocation logement, rente, pensions alimentaires, revenus locatifs...), -relevés des capitaux placés auprès des organismes bancaires ou financiers, Fournir 1 document par établissement bancaire, -Copie intégrale de l'acte notarié en cas de donation, vente ou legs, -Certificat d'adhésion au contrat d'assurance vie faisant apparaître le nom des bénéficiaires désignés en cas de décès.
Dépt E	<ul style="list-style-type: none"> - photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu, le cas échéant les avis d'imposition relatifs à la taxe sur les propriétés bâties et à la taxe sur les propriétés non bâties, - les pièces justificatives des revenus, des capitaux mobiliers et immobiliers (revenus des placements financiers, revenus fonciers...).
Dépt F	<ul style="list-style-type: none"> -pensions et retraites, -allocations diverses (ex : aides au logement, allocation adultes handicapés, allocation spéciale vieillesse, rente accident du travail, pension d'invalidité, -revenus du capital mobilier et immobilier, -salaire ou bénéfice déclaré, -biens immobiliers, -biens ayant fait l'objet d'une donation, partage ou vente dans les 10ans précédant la demande, -Livrets et comptes, capital placé, -Avis d'imposition.

Deux points peuvent être soulignés : le rôle des CCAS, le type de dossier.

Le rôle des CCAS

Dans les six départements, le CCAS est présenté comme le lieu privilégié de rencontre avec l'utilisateur. Cependant, l'implication des CCAS n'est pas la même partout. Trois catégories peuvent être dégagées.

- Le CCAS acteur principal de la constitution du dossier : dans les départements A et C, le CCAS est le lieu de retrait, de dépôt et d'aide à la constitution du dossier. Dans les deux départements, il s'agit de faire du CCAS l'acteur principal de la phase de constitution du dossier et de l'impliquer réellement en tant qu'acteur du dispositif PSD en lui déléguant totalement cette phase de constitution du dossier.

- Le CCAS et le Conseil général comme acteurs de la constitution du dossier : dans le département E et le département F, le CCAS est le lieu de dépôt et de retrait, mais l'aide à la constitution du dossier est apportée par les CCAS mais aussi les Conseils généraux, voire les associations d'aide à domicile (E).

- Le Conseil général comme acteur principal de cette phase de constitution du dossier : dans les départements B et D. Dans le département B, le CCAS est le lieu de retrait du dossier, qui est ensuite pris en charge par le Conseil général et retourné au Conseil général. Dans le département D, il y a eu une volonté du Conseil général de ne pas impliquer davantage le CCAS dans le dispositif. Le guichet d'entrée est double (CCAS et CG) et l'aide à la constitution du dossier ne se fait qu'au CG.

La principale difficulté dégagée dans cinq départements est que les CCAS ne sont pas partenaires de la Convention (à l'exception donc du A). Ils ne sont sollicités que dans un deuxième temps, ce qui pose problème pour les CCAS d'une part, qui estiment ne pas être reconnus comme acteur du dispositif, et pour le Conseil général d'autre part, puisqu'il faut expliquer la procédure parfois complexe aux CCAS. C'est ce

« malentendu initial » qui explique les problèmes rencontrés dans cette phase de constitution du dossier.

Le dossier

Le dossier unique aide ménagère / PSD existe dans trois départements sur six. Il est en cours de négociation dans le E.

Concernant précisément les pièces justificatives à fournir. On retrouve dans les six départements les mêmes éléments demandés :

- le certificat médical rempli par le médecin traitant.
- Une fiche familiale d'état civil.
- Pour les étrangers, les justificatifs de résidence.
- Les justificatifs de « l'ensemble des revenus et de la valeur en capital des biens non productifs des revenus » (loi 24 janvier 1997, article 6).

C'est sur ce dernier point que l'on peut constater certaines variations **sur la précision des pièces demandées** comme le démontre la comparaison E (liste peu précise) /B (liste très précise) /C (liste très précise) du tableau Constitution du dossier (2).

On trouve cependant une certaine flexibilité de la procédure dans le département C puisque toutes les pièces justificatives des revenus ne sont pas nécessaires pour que commence la phase d'évaluation.

3. Instruction administrative

	Services Instructeurs	Procédure d'instruction
Dépt A	- 6 contrôleurs des lois service polyvalent qui intervient aussi pour ACTP, aide ménagère	- Le service vérifie que le dossier envoyé par le CCAS est complet. Il procède ensuite à l'instruction en fonction des critères d'âge et de ressources. - Envoie un accusé de réception qui marque le début du délai de 2 mois prévu par la loi. - Etablit la fiche de liaison et la transmet à l'ETD.
Dépt B	Service de contrôleurs spécialisé	- Le service vérifie que le dossier est complet. - Procède à l'instruction en fonction des ressources. - Le relais est passé aux AS pour la visite à domicile.
Dépt C	20 assistantes sociales instructeurs Service polyvalent.	- Pré-saisie informatique sur logiciel. - Vérifie que les dossiers sont complets. - Procède à instruction ressources. - Transmet aux EMS. - Souplesse de fonctionnement : la procédure d'évaluation peut commencer avant que le dossier ne soit déclaré complet.
Dépt D	Service administratif du CG : service des prestations à domicile.	- Vérifie que le dossier est complet. - Procède à l'instruction. - Avis du maire demandé. - Transmission à l'EMS.
Dépt E	- 5 instructeurs et 1 rédacteur. Service spécialisé. - modifications prévues en avril : polyvalence et sectorisation géographique.	- Vérifie que le dossier est complet. - Allers-retours fréquents pour compléter les dossiers. - Transmission des dossiers aux EMS.
Dépt F	- 2 secrétaires du CG. - Les CCAS procèdent eux aussi à l'instruction administrative.	L'instruction administrative et l'instruction médico-sociale débutent simultanément. Il peut donc y avoir un refus administratif alors que le dossier d'évaluation est déjà complété .

L'instruction administrative est effectuée par les services administratifs spécialisés ou polyvalents du Conseil général, qui vérifient que le dossier est complet, d'une part, procède à l'instruction du point de vue des ressources, d'autre part.

Dans quatre départements sur six, la procédure d'évaluation est lancée une fois le dossier déclaré complet et marque le début du délai de deux mois prévu dans la loi. Dans le F, la procédure d'évaluation est faite en parallèle. Dans le C, une certaine souplesse permet au CG de commencer l'évaluation avant la fin de l'instruction administrative.

4. L'évaluation

L'évaluation : les équipes médico-sociales :

	Composition	Rapport au territoire	Partenariat
Dépt A	<ul style="list-style-type: none"> - 42 binômes composés d'une assistante sociale CRAM (20) ou MSA (14) ou CG (8) et d'un des 6 médecins du CG. - Les AS CRAM et MSA sont mises à disposition par leurs institutions. Elles sont polyvalentes. - Les AS du CG, informateurs aux personnes âgées sont spécialisées Personnes âgées. 	<ul style="list-style-type: none"> - Territorialisation des EMS en fonction des 13 secteurs gérontologiques. - Implantation des AS du CG dans les CDAS prévue, ainsi que celle des médecins de l'EMS dans les PMI. 	<ul style="list-style-type: none"> - Partenariat institutionnel très fort, les AS CRAM et MSA font partie des EMS au même titre que les AS CG.
Dépt B	<ul style="list-style-type: none"> - 1 médecin du CG, 5 AS du CG, - EMS élargie : 1 AS CRAM, 1 AS MSA, un contrôleur des lois. - Postes d'AS spécialisées créés en 1991 pour l'ACTP. 	<ul style="list-style-type: none"> - Chaque AS du CG est responsable d'un secteur. 	<ul style="list-style-type: none"> - Souhait de constituer des EMS avec les AS du CG lors du passage PED-PSD.
Dépt C	<ul style="list-style-type: none"> - 8 instructeurs itinérants polyvalents, 114 AS de secteurs de la CRAM, 5 médecins du CG. 	<ul style="list-style-type: none"> - Territorialisation en fonction des secteurs des AS de la CRAM. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relations de confiance CG-CRAM puisque ce sont les AS CRAM qui sont majoritaires.
Dépt D	<ul style="list-style-type: none"> - 1 médecin du CG (vacance depuis juillet 1999), 3,5 AS du CG, 2 AS CRAM à mi-temps, 1 mi-temps AS autres caisses, 5 infirmières CG. - postes créés pour la PSD - AS spécialisées. 	<ul style="list-style-type: none"> - Découpage du département en 3 secteurs où se répartissent les 5 binômes AS/infirmières de l'EMS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Volonté des Caisses de profiter de l'expérience de leurs AS. - Les AS de la Caisse sont mises à disposition du CG. - Refus de la MSA de mettre des AS à disposition sans rémunération. Refus aussi d'accepter cette remise en cause de leur leadership en matière d'action gérontologique..
Dépt E	<ul style="list-style-type: none"> - 6 travailleurs sociaux du CG (4 AS et 2 conseillères en économie familiale), 3 médecins du CG. - EMS spécialisée PSD. 	<ul style="list-style-type: none"> - Deux équipes médico-sociales l'une Nord, l'autre Sud, qui prennent chacune en charge 4 secteurs gérontologiques. - Les EMS sont implantées dans les dispensaires d'hygiène. 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination territoriale forte au niveau de l'EMS, exclusivement CG. - Souhait des travailleurs sociaux de devenir les référents personnes âgées.
Dépt F	<ul style="list-style-type: none"> - Médecins du CG et travailleurs sociaux du CG, Caisses. 5 personnes pour ACTP et PSD (soit 2,5 pour la PSD). - EMS élargie : EMS + les cadres des travailleurs sociaux des caisses, les administratifs du CG et les représentants des caisses. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le CG gère la ville-centre + 2 cantons, le reste du département est pris en charge par les AS CRAM et MSA. 	<ul style="list-style-type: none"> - Partenariat fondé sur un partage du territoire.

L'évaluation médico-sociale de la dépendance: outil, visite, procédure

	Outil	Visite	Procédure
Dpt A	- Fiche de liaison. - Grille d'évaluation des besoins avec volet environnement et volet AGGIR - Certificat médical du médecin.	- 1 visite assistante sociale et 1 visite médecin. - Durée 1h30 environ. - En présence d'un membre de la famille ou d'un intervenant du secteur socio-sanitaire si souhaité. - Concertation des intervenants auprès de la personne âgée est fonction de l'évaluateur	- Partenariat institutionnel et professionnel fort. - Au terme des deux évaluations distinctes, une concertation a lieu en vue de la formulation d'un plan d'aide unique. <i>Procédure d'évaluation plutôt formalisée.</i>
Dpt B	Dossier « enquête médico-sociale » : fiche de renseignements administratifs, fiche d'évaluation de la dépendance (commune à l'ensemble des partenaires CRAM, MSA, ORGANIC, Conseil général, associations d'aide à domicile) et incluant la grille AGGIR.	- 1 visite par une assistante sociale. - Durée 1h00-1h30. - Présence de la famille souhaitée. - Contacts et concertation avec les différents intervenants auprès de la personne âgée au cœur de la démarche.	- Evaluation par le Conseil général : L'assistante sociale évalue les besoins à domicile. - Le médecin intervient sur la composante médicale du Gir. Il examine le document rédigé par le médecin traitant du demandeur. S'il observe une discordance entre le document du médecin et le dossier, il entre en contact avec le médecin traitant et peut éventuellement accompagner l'assistante sociale à domicile. <i>Procédure d'évaluation souple, au cas par cas.</i>
Dpt C	Dossier sur ordinateur portable : grille AGGIR et fiche d'évaluation. Certificat médical	- 1 visite par travailleur social. - Durée : 1h00-1h30 - En présence d'un membre de la famille	- La présence d'un membre de la famille est jugée indispensable. <i>Procédure d'évaluation souple</i> - Le partenariat institutionnel repose sur la confiance.
Dpt D	Grille AGGIR. Certificat médical du médecin traitant.	- 1 visite par assistante sociale ou infirmière. - durée : 1h00-1h30 - Présence de la famille souhaitée. - Concertation des associations existe, même si insuffisante. - Concertation fonction de l'évaluateur.	- Au terme de la visite, les évaluateurs ont souvent une idée précise du plan d'aide. La grille AGGIR n'est pas formellement enrichie mais l'appréciation faite sur les lieux par l'évaluateur est prise en compte. <i>Procédure d'évaluation plutôt souple..</i>
Dpt E	- Grille AGGIR. - Fiche de coordination gérontologique. - Fiche de synthèse. - Certificat médical.	- 2 visites par assistante sociale sont souvent nécessaires - durée : 1h00-1h30 - membre de la famille peut être présent - concertation avec les intervenants auprès de la personne âgée fonction des liens entre l'évaluateur et les associations.	- Les assistantes sociales du Conseil général procèdent à l'évaluation à domicile (Gir et définition des besoins). - S'il s'agissait initialement d'une demande d'aide ménagère, le Gir a été évalué par l'assistante sociale des Caisses. Il n'est jamais remis en question et est repris pour l'évaluation des besoins. - Le plan d'aide est élaboré à partir de l'évaluation du travailleur social et le certificat médical du médecin traitant (il est conçu comme essentiel puisqu'il constitue la principale évaluation médicale de la personne). <i>Procédure d'évaluation souple.</i>
Dpt F	- Grille AGGIR pour les médecins. - Les outils des assistantes sociales diffèrent selon institution. Le Conseil général a une grille pour l'aide à la personne qui s'inspire de la grille AGGIR, les autres reprennent la grille AGGIR avec des informations supplémentaires.	- 1 visite par assistante sociale - 1 visite par médecin.- - durée : 1h00 environ.	- Les associations procèdent à une première évaluation du Gir, qui n'est pas prise en compte mais marque l'entrée dans le circuit. - La première visite est celle du médecin qui établit le Gir. La seconde est effectuée par l'assistante sociale qui ne connaît pas toujours le Gir avant sa visite, ce qui est perçu comme un problème. - Concertation pour élaborer le plan d'aide. <i>Procédure complexe</i>

La phase d'évaluation du dispositif pose à la fois la question de la composition / organisation des Equipes médico-sociales (EMS) et la question de la procédure d'évaluation (quelles modalités, quels outils). De façon plus transversale, c'est la question de la coordination (professionnelle, institutionnelle) qui s'impose, mais nous la traiterons en conclusion de cette troisième partie.

Organisation et composition des EMS

Les équipes d'évaluation des six départements sont bien médico-sociales et associent travailleurs sociaux (assistante sociale, conseillère en économie familiale) et professionnels de la santé (médecins et/ou infirmières).

Au moment de la création de ces EMS, certains Conseils généraux ont choisi de recruter le personnel des EMS (E et D, par exemple) avec des travailleurs sociaux spécialisés dans la procédure PSD, d'autres comme le A ont fait appel aux assistantes sociales du Conseil général qui travaillaient déjà dans le secteur des personnes âgées, ou aux assistantes sociales recrutées dans le cadre de l'ACTP (B et F).

La répartition territoriale de ces équipes d'évaluateurs est fonction du découpage des secteurs par les Conseils généraux. Dans tous les cas, c'est la proximité territoriale qui constitue l'axe central de l'action des EMS. Proximité par rapport aux bénéficiaires bien sûr, mais aussi développement d'un réseau d'action rassemblant l'ensemble des intervenants auprès de la personne âgée (les associations d'aide à domicile, les médecins généralistes, les CCAS, les services de soins infirmiers ...). C'est précisément dans ce sens que dans le département A, les assistantes sociales, (informatrices personnes âgées) travaillent désormais au sein des Centres départementaux d'action sociale.

Sur le plan institutionnel, et si l'on s'intéresse au « noyau » de l'EMS c'est-à-dire à l'équipe d'évaluation¹, il faut distinguer :

quatre départements (A, C, D et F) associent dans la pratique de l'évaluation des professionnels du secteur social provenant des différentes Caisses partenaires.

Deux départements (B et E) ont une EMS exclusivement Conseil général.

La procédure d'évaluation

Si l'on reprend *la question de la coordination professionnelle*, il faut distinguer :

- les départements où seuls les travailleurs sociaux se déplacent à domicile pour procéder à l'évaluation du Gir (B, C, D).
- Les départements où l'évaluation à domicile comprend deux visites (A et F) : celle du médecin qui procède à l'évaluation du Gir en s'attachant à la dimension médicale des problèmes, celle du travailleur social qui s'intéresse aux besoins de la personne âgée dans son environnement social et familial. C'est la concertation entre les deux parties – médicale et sociale – qui va permettre l'élaboration du plan d'aide.
- Enfin, le cas du département D où l'évaluation est faite indifféremment par le travailleur social ou l'infirmière. On peut noter que dans le département E une infirmière doit être recrutée pour compléter l'EMS et évaluer le Gir.

Dans tous les cas, la coordination professionnelle est présentée comme un élément essentiel de l'évaluation. Que le médecin se déplace ou non la réunion des différents membres de l'EMS est un moment central du dispositif qui permet la formulation du plan d'aide.

Seule la démarche d'évaluation diffère. Dans le premier cas, l'évaluation du travailleur social se fait en étroite collaboration avec les médecins de l'EMS qui vont notamment s'appuyer sur le certificat médical demandé au médecin traitant pour compléter l'évaluation effectuée par le travailleur social. Et en cas de difficultés rencontrées par le travailleur social (sur la frontière Gir 3 / Gir 4 par exemple), c'est le médecin qui une fois tous les éléments du dossier réunis, tranche.

Sur le plan institutionnel, on retrouve dans la pratique de l'évaluation la distinction posée dans l'analyse de la composition des EMS. En effet, lorsque les travailleurs sociaux des Caisses sont présents dans l'EMS ils se rendent à domicile et procèdent à l'évaluation au même titre que les assistantes sociales des Conseils généraux (A, C, D, F). Le cas du département E doit être précisé : la MSA et la CRAM ne sont pas

¹ Nous laisserons donc de côté pour le moment les « EMS élargie » que l'on trouve dans les départements B et F et qui concernent le processus de décision.

intégrées aux EMS, cependant en cas de demande par l'un de leur ressortissant, ce sont bien les assistantes sociales des Caisses qui se rendent au domicile de la personne âgée et procèdent à l'évaluation du Gir, qui n'est jamais remis en question par le Conseil général.

La pratique du partenariat institutionnel n'est pas définitivement figée, elle est « en chantier » dans les départements qui n'ont pas eu jusqu'à présent l'occasion de travailler de façon pluri-institutionnelle. Ainsi, dans le E, la coordination se développe : les Caisses acceptent d'apporter un supplément de 20h00 aux cas de Gir 1 qui l'exigent et les rejets PSD sont désormais traités directement par la CRAM.

La visite et les outils

Dans les six départements, la visite à domicile dure environ 1h30. L'évaluation des besoins de la personne âgée est au cœur de la démarche des EMS qui effectuent parfois (dans le E) deux visites pour parvenir avec le demandeur à l'élaboration du plan d'aide. La présence d'un membre de la famille est souhaitée pour définir au mieux ces besoins. Les évaluateurs disposent d'une fiche d'évaluation intégrant d'une manière ou d'une autre la grille AGGIR.

C'est la question de la concertation avec les autres intervenants auprès de la personne âgée qui rencontre des variations. En effet, au moment de la visite et dans le cadre de la formulation du plan d'aide, la concertation avec les aides ménagères est plus ou moins développée. Elle est d'abord fonction des départements : dans le département B où la coordination en réseau est centrale, elle est conçue comme indispensable. Elle est ensuite fonction (dans tous les autres départements) des relations interindividuelles entre l'assistante sociale et les associations d'aide à domicile.

L'offre de services

Chaque Conseil général fixe des coûts horaires de référence pour la valorisation des plans d'aide. Dans quatre départements sur six, il existe trois tarifs ; dans un cas, deux tarifs seulement et dans le dernier cas un tarif unique. Ces différents tarifs correspondent à trois modalités de prise en charge : la prestation de service direct à

domicile ; le service mandataire, qui recrute l'intervenant à domicile et prend en charge les démarches administratives mais où la personne âgée reste juridiquement l'employeur ; le gré à gré où la personne âgée exerce en direct ses fonctions d'employeur. Dans tous les départements, la fixation de ces tarifs est l'objet d'une négociation entre le Conseil général et les associations d'aide à domicile.

Département	Types de services	Prix
A	Prestataire, mandataire et gré à gré Mais les trois tarifs sont encore récents, le prestataire est encore peu développé.	75F, 65F, 55F.
B	Gré à gré essentiellement.	Tarif unique : 50 F.
C	Prestataire, mandataire, et gré à gré.	3 tarifs.
D	Mandataire et gré à gré.	2 tarifs : 65 F, 51,85 F.
E	Prestataire, mandataire, gré à gré.	77,25 F; 65 F; 55 F.
F	Prestataire, mandataire, emploi direct.	56-57 F ; 50 F ; tarif association intermédiaire (à 2 F près).

Dans quatre départements sur six, il y a trois tarifs de remboursement. Dans un cas, deux tarifs seulement (D) et dans le dernier cas, un tarif unique (B). Dans tous les départements, la fixation des tarifs est l'objet d'une négociation entre le Conseil général et les associations d'aide à domicile. Mais les situations sont variées, et il est possible d'avancer quelques facteurs explicatifs de cette diversité.

- Dans le B, il semble que ce soit un problème financier qui empêche le Conseil général de mettre en place trois tarifs, ce qui impliquerait une base de remboursement plus importante pour le mandataire et le gré à gré. Le B est ainsi le seul département où le Conseil général n'encourage pas les bénéficiaires à choisir un service prestataire ou mandataire.

Dans les cinq autres départements, les assistantes sociales et/ou médecins qui établissent le plan d'aide avec le bénéficiaire et la famille, insistent bien sur les avantages du service prestataire qui simplifie les choses au quotidien pour la personne âgée et de l'intervention d'un professionnel qui permet de soulager un peu la famille.

- Dans le département A, les trois tarifs ont été fixés récemment. C'est l'élection au Conseil général en tant que vice-présidente en charge de la politique départementale en faveur des personnes âgées, de la présidente de l'UNCCAS qui a favorisé ce passage d'un tarif unique (qui était monté de 60 à 63 à 68 F) à trois tarifs distincts.

La question des tarifs peut être un véritable enjeu dans certains départements. La question principale est de savoir si ces tarifs couvrent ou non le prix de revient des services proposés.

- Ainsi, dans le département A, le tarif de 75 F est bien insuffisant pour payer le coût du service assuré par les CCAS et estimé à 110 F, mais couvre parfaitement les frais des services de l'ADMR en prestataire.

- Dans le D, le tarif de 65 F, établi aux termes de négociations entre le Conseil général et les associations, ne permet pas finalement, selon ces dernières, de payer la formation des intervenants.

5. Processus de décision

Instance de décision et modalités d'attribution de la prestation

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

C'est l'instance de décision qui constitue le principal élément distinctif des six départements, dans sa structuration comme dans ses modalités de fonctionnement.

- Dans trois départements, une structure bien spécifique a été mise en place au moment de l'élaboration du dispositif : l'Équipe technique dépendance (ETD) dans le département A, le Comité de décision en D, et la Commission consultative en E.
- Dans 2 départements, il s'agit de « l'EMS élargie », c'est-à-dire de l'EMS à laquelle s'ajoute :
 - des représentants des institutions partenaires dans le cas du B,
 - des agents administratifs qui ne participent pas à l'évaluation dans le F.
- Dans le dernier département, le C, il n'y a pas d'instance d'attribution spécifique. L'objectif étant précisément de ne pas complexifier la procédure d'attribution.

Dans cinq départements sur six, les membres de l'EMS qui ont procédé à l'évaluation à domicile sont présents pour exposer les dossiers. Seule l'ETD du A procède différemment puisque ce sont les cadres des Caisses, et le médecin coordonnateur du CG qui exposent les dossiers traités à domicile par leurs assistantes sociales et médecins.

La question est alors de savoir quel est le rôle de cette instance de décision. Elle est dans tous les départements un espace de présentation des plans d'aide élaborés par les équipes d'évaluation. C'est dans le déroulement de cet examen des dossiers que les choses diffèrent : ainsi dans le département A, les représentantes de la CRAM et de la MSA présentent indifféremment l'ensemble des plans d'aide proposé et le médecin coordonnateur expose de son côté le volet plus médical, tandis que le contrôleur des lois s'attache à la dimension administrative. Dans le département E, les Caisses présentent les dossiers de leurs ressortissants respectifs.

Mais quels sont l'objet et la part de discussion au sein de l'instance d'attribution ?

Le Gir est validé et rarement remis en question lors de ces Commissions d'attribution. C'est le plan d'aide qui est au centre des discussions des instances d'attribution. Dans le département A, si la grande majorité des plans d'aide sont entérinés, il arrive que certains soient revus à la baisse ou réajustés après examen collectif du dossier. Dans certains cas de différends sociaux des précisions sont demandées aux évaluateurs afin de clarifier la situation et les besoins de la personne âgée. Dans les autres départements, les

précisions sont demandées au moment même de la Commission puisque les assistantes sociales sont présentes et exposent les dossiers.

Mais on peut se demander si celle-ci est dans tous les départements l'instance de décision. Ainsi dans le département E, une réunion d'équipe qui rassemble tous les membres de l'EMS a lieu avant la réunion hebdomadaire de la Commission consultative. C'est au cours de cette réunion que les problèmes sont soulevés et discutés afin de permettre l'élaboration du plan d'aide.

Dans tous les cas, les Commissions de décision constituent des espaces d'échanges d'informations et de coordination des aides de chacun des partenaires.

6. La mise en œuvre du plan d'aide

Dans les six départements, le suivi est assuré par les travailleurs sociaux qui ont procédé à l'évaluation du dossier et connaît donc parfaitement le dossier. Dans cinq départements sur six, le dispositif de base est celui prévu par la loi, à savoir une visite par an. En E, 2 visites sont prévues dès le départ.

Mais dans les six départements, c'est la pratique qui détermine les modalités du suivi, qui est donc adapté au cas par cas en fonction des besoins. L'intervention a plus particulièrement lieu dans les situations suivantes :

- lorsqu'il y a évolution de la situation de dépendance du bénéficiaire. Dans ce cas-là, le dossier est à nouveau examiné et fait l'objet d'un autre plan d'aide.
- Lorsque le gré à gré est privilégié par le bénéficiaire, et encore plus lorsqu'il s'agit d'un intervenant familial.
- Lorsque le plan d'aide est complexe et rassemble une pluralité d'intervenants (prestataires, mandataires et gré à gré).

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

Les travailleurs sociaux qui assurent le suivi doivent travailler en étroite collaboration avec l'ensemble des intervenants auprès de la personne âgée :

- dans le département A, les travailleurs sociaux du Conseil général sont des « informateurs personnes âgées ». Désormais implantés dans les CDAS, ils sont au plus proche du terrain.
- Dans le département E, c'est ce modèle de « référent » qui est souhaité par les travailleurs sociaux.
- Dans le département B, le suivi constitue l'axe majeur de l'action du Conseil général. Il permet en effet, au Conseil général, de mettre en avant et de développer sa politique gérontologique à partir des réseaux de coordination locale qui rassemblent l'ensemble des acteurs professionnels et institutionnels intervenant auprès de la personne âgée et ce, au plus proche du terrain, puisque les coordinations sont cantonales.

Le contrôle d'effectivité est assuré de façon indirecte par les services administratifs du Conseil général qui sont en contact avec l'URSSAF. Par ailleurs, différentes pièces justificatives peuvent être demandées : l'attestation de recrutement dans le B, les factures dans le E.

Conclusion : La coordination institutionnelle, essai de typologie

La coordination institutionnelle se développe mais de façon différenciée selon les départements. Et ce, pour deux raisons : d'abord parce que, comme nous l'avons déjà souligné dans la genèse, l'association entre le Conseil général et les Caisses ne va pas de soi partout, ensuite parce que la participation ou non-participation des autres institutions au dispositif strictement PSD n'est pas toujours représentative de la coordination institutionnelle dans le cadre plus global de la politique de la dépendance.

1. Si l'on se place du strict point de vue du dispositif PSD, on peut classer les départements en trois catégories :

- (1) une coordination institutionnelle PSD qui associe le Conseil général et les Caisses dans la procédure d'évaluation comme dans la prise de décision : A et C.

- (2) Une coordination institutionnelle PSD structurée autour d'un partenariat entre le Conseil général et les Caisses pour l'évaluation et le contrôle du Conseil général sur la décision : F et D. L'EMS est composée de travailleurs sociaux du Conseil général et des Caisses ainsi que de médecins du CG pour le F, d'infirmières pour le département D (et bientôt le département E), qui procèdent aux évaluations à domicile, mais la décision d'attribution elle-même appartient au Conseil général.

- (3) Une coordination institutionnelle caractérisée par le contrôle du Conseil général sur l'ensemble du dispositif (évaluation et décision). Dans le département E, l'évaluation PSD est effectuée par des travailleurs sociaux du Conseil général exclusivement. Mais les évaluations des Caisses sont reprises en cas de transmission de dossiers, et le Gir validé. La décision d'attribution est prise par le Conseil général. Les représentants de la MSA, et de la CRAM sont présents dans la Commission d'attribution, mais le partenariat concerne au départ l'échange d'information et le partage des Gir (1, 2, 3 : CG / 4, 5, 6 : Caisses). On retrouve dans la pratique du dispositif l'idée de « gestion concertée du dispositif » développée dans la seconde partie (genèse et partenariat).

Dans le département B, les institutions partenaires ne participent pas aux évaluations de l'EMS, et si elles sont présentes aux réunions de décision, n'ont pas de pouvoir délibératif. Mais le dispositif PSD n'est absolument pas représentatif des coordinations institutionnelles existant dans le département autour des questions gérontologiques.

Si l'on se réfère aux Schémas de coopération définis par la CNAV², l'on retrouve nos types (1) et (2) dans le schéma 1 et le type (3) dans le schéma 2.

² La CNAV distingue trois schémas de coopération : le schéma 1 caractérisé par une forte coopération avec des évaluations communes sur tout ou partie du territoire ou suivant le régime de retraite du demandeur. Le schéma 2 est caractérisé par des évaluations réalisées séparément mais sur des bases méthodologiques communes, avec a priori reconnaissance mutuelle des résultats. Le schéma 3 où la coopération procède d'une simple gestion du flux avec transmission des dossiers aux partenaires concernés.

2. Si l'on se place sur le plan plus général des coordinations institutionnelles en matière de politique gérontologique.

Mais cette typologie centrée sur le dispositif PSD exclusivement s'avère insuffisante pour comprendre l'ensemble des sites (le B notamment). La coordination institutionnelle doit aussi être appréhendée de façon beaucoup plus globale. On dépasse alors le cadre de la PSD, pour réfléchir sur les politiques gérontologiques des départements. On peut à nouveau dégager trois catégories de départements :

- (1) les départements qui ont investi la PSD pour développer leur partenariat institutionnel : le département A a ainsi fait de la PSD le noyau de son action en direction des personnes âgées. Ce sont les différentes instances et procédures mises en place dans le cadre de la PSD qui constituent le pivot de l'action développée. Le département F a lui aussi investi le dispositif PSD, mais depuis 1997 seulement. La procédure et le partenariat sont donc en cours d'élaboration.
- (2) Les départements pour lesquels la PSD a impulsé ou relancé une politique gérontologique : le département E (la coordination gérontologique départementale), le département D (les bassins gérontologiques) et le département C.
- (3) Les départements pour lesquels la PSD vient s'inscrire dans une action gérontologique préexistante plus globale, associant étroitement les différents partenaires institutionnels : le département B et sa coordination gérontologique départementale et locale. (La Charte de coordination gérontologique départementale a été adoptée le 29 septembre 1994, les coordinations institutionnelles et professionnelles existaient au niveau local depuis le début des années 1990). Dans ce dernier cas, la compréhension de la politique gérontologique et du partenariat institutionnel qu'elle induit est insuffisante par « l'entrée PSD » qui n'est qu'une réponse du Conseil général aux problèmes de la dépendance.

Bilan, évaluation par les acteurs des difficultés, controverses et propositions de réforme

On peut repérer, dans cette partie, un certain nombre de thèmes fédérateurs, au sens où ils ont été évoqués dans la majorité, voire l'ensemble des sites. Sur les commentaires recueillis lors des entretiens, il faut cependant distinguer ce que l'on pourrait qualifier d'un ensemble de critiques assez classiques, au sens où elles représentent bien souvent ce que l'on dit et entend dire classiquement à propos de la PSD (recul par rapport à la prestation expérimentale, repli par rapport au choix assurantiel, aspects négatifs liés à la limite du Gir 3, effet dissuasif du recours sur succession, etc.) et les attentes de nos interlocuteurs. Le plus intéressant est sans doute, d'une part, de rapporter certaines critiques à certains sites et, d'autre part, d'insister sur les propositions de réformes, voire sur les réformes déjà mises en œuvre ici ou là.

Nous tenterons ici de révéler les principaux points en abordant successivement les apports ou les mérites de la loi PSD, les principaux enjeux, risques et controverses, les difficultés et critiques, mais aussi les propositions et même parfois les réformes mises en œuvre.

Les apports de la loi PSD

De ce point de vue, il n'est guère utile de distinguer les commentaires selon les sites, car, pour l'essentiel, ils convergent et permettent de repérer un consensus fort. Ces thèmes fédérateurs concernant les apports du dispositif PSD sont les suivants :

Fin de l'ACTP pour les personnes âgées :

le premier mérite de la PSD, aux dires de nos interlocuteurs des Conseils généraux surtout, avant même de produire ses effets, est naturellement de permettre de mettre fin au versement de l'ACTP pour les personnes âgées. Certains parlent d'une révolution de l'ACTP. Deux avantages sont soulignés :

- le dispositif PSD permet de contrôler l'usage du financement, en effet l'utilisation, ou plutôt la non-utilisation de l'ACTP était devenue une conduite de plus en plus mal

acceptée par les élus des Conseils généraux³. De ce point de vue, la PSD permet d'inscrire la réponse dans une logique de service et non plus de solvabilisation ;

- elle permet de séparer le problème du besoin d'aide des populations handicapées adultes de celui des personnes âgées dépendantes, réservant l'ACTP à des populations plus jeunes.

Partenariat et coordination : des niveaux multiples

Le premier niveau d'apport de la PSD en termes de partenariat a trait au **partenariat institutionnel** (CG / Caisses). C'est la plupart du temps une nouveauté bien ressentie. Des écarts existent, bien entendu, entre les niveaux les plus élevés de partenariat, où les conventions ont été élaborées en commun avec l'ensemble des partenaires, et où la recherche d'une égalité de position entre les partenaires du dispositif fait l'objet d'une attention soutenue (le département A par exemple), et les niveaux de partenariat plus élémentaires (comme dans le département C) qui impliquent surtout le Conseil général et la CRAM, ou le cas du département E où le Conseil général a contrôlé l'ensemble du processus.

Le deuxième niveau est le partenariat comme **coordination territorialisée** : liens avec les CCAS, liens avec les associations, même si celles-ci demeurent fréquemment un partenaire opérationnel et non institutionnel, insuffisamment associé à l'élaboration du dispositif. La plupart de nos interlocuteurs évoquent l'existence d'un véritable réseau gérontologique (connaissance mutuelle des intervenants, la reconnaissance du rôle de chacun, l'appropriation de la démarche de coordination, la construction de projets par le réseau gérontologique).

Le troisième niveau est la **coordination professionnelle** : il est fait allusion ici à la construction des équipes médico-sociales (EMS) et à leur apprentissage collectif en termes d'évaluation et de suivi des situations. La coordination gérontologique bénéficie de cet effet de structuration des EMS. Indéniablement, la démarche pluridisciplinaire est fortement valorisée par nos interlocuteurs. L'échange à partir des cultures

³ Plusieurs d'entre eux, dont les A et D, par exemple, ont mentionné la réalisation d'études sur l'usage des fonds distribués au titre de l'ACTP afin d'en évaluer l'usage par les bénéficiaires.

professionnelles différentes est difficile à mesurer quant à ses effets mais renvoie une image valorisante.

Si l'on ne peut véritablement prétendre que la PSD a été le seul levier de la démarche partenariale dans les départements, elle a clairement stabilisé et parfois même véritablement impulsé une logique de travail en commun, de mise en réseau. Plus généralement, la PSD a permis de décroiser les systèmes locaux.

L'harmonisation des critères d'attribution et le plan d'aide

La méthode du plan d'aide est considérée comme le meilleur moyen d'approcher les besoins de la personne âgée. De manière générale, la PSD a permis l'introduction de la gestion par cas. La PSD n'est pas une réponse standard, la compensation financière d'un handicap, ni surtout une politique détournée de revenu complémentaire. La PSD est une prestation de service adaptée et modulable selon chaque cas : c'est une nouvelle forme d'intervention sociale qui a été mise en place. Le pivot de cette nouvelle approche repose incontestablement sur l'évaluation fine réalisée à domicile qui est positivement perçue. Elle permet, qui plus est, de mieux connaître les personnes âgées dans leur environnement.

L'outil AGGIR comme moyen d'harmonisation :

Quelques-uns de nos interlocuteurs ont évoqué les apports liés à l'usage d'une grille commune d'évaluation de la dépendance. Ces vertus sont généralement complétées par toute une série de critiques sur l'outil lui-même. Mais il a tout de même, aux dires de nos interlocuteurs, l'avantage de permettre d'harmoniser les évaluations. Le mérite de l'outil est de constituer, pour la première fois en France, un langage commun. Il est donc, par prolongement, un réducteur de différences en permettant une meilleure communication entre les différents acteurs du champ gérontologique. AGGIR est aussi, pour certains, un outil de connaissances, utilisé bien au-delà de la PSD (associations d'aide à domicile, SSIAD, maisons de retraite...)

Enjeux, risques et controverses

Fragilité des acquis ou les atouts de la phase initiale

Sur certains sites, l'approche partenariale qu'a impulsé la PSD semble encore fragile. Il dépend de la vigilance et de la volonté de chaque acteur institutionnel financeur de faire vivre le partenariat. Il y a un risque de « routinisation » qui fait que, passée la mise en place du dispositif PSD et sa stabilisation, on assiste à un repli sur soi inconscient de chaque partenaire. Un des enjeux est de réussir à pérenniser l'investissement collectif et de faire en sorte que l'on n'assiste pas à un « cimetière de conventions ».

Pour éviter ce risque, certains avancent la nécessité de faire évoluer continuellement le dispositif (voire les propositions et réformes). Il ne s'agit pas de prendre les choses pour acquises. A ce titre, on peut citer le besoin de réajuster périodiquement l'évaluation, par de courtes formations. La PSD doit être un dispositif évolutif.

La formation et la qualité des intervenants : le risque de déqualification

Autre point, moins strictement lié à la PSD, beaucoup de nos interlocuteurs se sont montrés sensibles à la question de la qualité des interventions. La formation est partout un gage de qualité pour les personnes âgées et un gage de légitimité pour les associations. Cet enjeu est simultanément une controverse puisque les associations doivent le plus souvent bricoler leur propre plan de formation à partir de crédits insuffisants. Si le département est partisan d'une démarche qualifiante, il n'a pas les moyens de l'impulser. Les initiatives adoptées passent par la formulation de charte de qualité (mise en œuvre par le CG ou parfois par la CRAM ou par l'ensemble des institutions)⁴.

⁴ Dans le département A, par exemple, 190 CAFAD ont pu être financés par le recours à des fonds européens. La démarche formation demande un investissement temps et financier lourd et qui est peu susceptible d'être reconduit et généralisé. De ce point de vue, le maillon faible semble être l'absence ou la timide concertation qui existe avec la région qui est pourtant l'échelon a priori compétent en la matière. Autre enjeu annexe, c'est la formation dans les petites associations. Autant les grandes structures peuvent réussir à mettre sur pied et de façon autonome des programmes de formation, autant les petites structures se retrouvent-elles dans l'incapacité de le faire. Il faudrait alors imaginer une structure commune et élargie qui leur permette de mutualiser cette démarche, et soutenue par les institutionnels.

Difficultés et critiques

Comme nous l'avons mentionné initialement, on peut repérer un certain nombre de critiques tout à fait unanimes sur le dispositif PSD. Il est difficile, cependant, d'apprécier jusqu'où elles représentent un point de focalisation important ou non de la part des partenaires. Pour certaines, elles relèvent d'un discours bien ancré, correspondant à ce que fut la période de réception de la loi, avec les déceptions qu'elle a entraînées chez nombre de ces partenaires et ce, d'autant plus que l'on a affaire aux départements expérimentateurs.

On peut distinguer ici les critiques portant sur le dispositif PSD, tel que défini par la loi, les critiques concernant les difficultés de sa mise en œuvre et, enfin, les critiques liées à des problèmes adjacents, liés à la PSD, mais qui se seraient sans doute posés de toute façon (qualification des intervenants à domicile).

Les critiques du dispositif tel que prévu par la loi PSD

L'exclusion des Gir 4 à 6 et la critique de la grille AGGIR

La plupart des nos interlocuteurs dénoncent le recul, les ambiguïtés, les incertitudes et les effets pervers de la frontière du Gir 3. Il suffit de peu de chose, disent certains d'entre eux, pour passer de l'un à l'autre. Mais cette « incertitude » ressentie par nombre de travailleurs sociaux à l'usage de la grille AGGIR débouche manifestement sur une exclusion importante de bénéficiaires. Cette exclusion, jugée inéquitable, a aussi pour effet de laisser sans ou avec peu de réponses nombre de personnes âgées dont les besoins sont patents. Ce type d'arguments est d'autant plus fort que l'on a affaire aux intervenants sociaux, aux opérateurs qui se réfèrent surtout à une logique sociale. Le problème du seuil est toujours mal perçu, ou perçu comme arbitraire, puisque qu'immédiatement au-dessus du seuil, le droit à la PSD tombe.

AGGIR est donc considéré par certains de nos interlocuteurs comme un outil arbitraire de sélection avec des conséquences importantes faisant basculer d'un dispositif à l'autre à partir d'un simple item. Ce problème de frontière entre Gir 3 et Gir 4 est d'autant plus critiqué que le Gir qui regroupe le plus de personnes est aussi le plus hétérogène en termes de besoin d'aide.

Même dans les Gir 1, 2 et 3, ces interlocuteurs sociaux jugent la réponse fournie parfois insuffisante, du fait du montant maximum de la PSD et des tarifs en vigueur (60 à 70 h). La prise en charge est rarement à la mesure des besoins des personnes âgées. Cette logique du besoin de l'utilisateur domine aussi le discours des interlocuteurs politiques, élus de Conseils généraux.

Si l'outil AGGIR est parfois considéré comme un moyen d'harmonisation des pratiques d'évaluation, il est donc aussi abondamment critiqué pour ses limites par certains opérateurs administratifs et sociaux. « Cet outil doit surtout être adapté à certains cas (la désorientation psychique) », disent les uns. « Il ne prend pas suffisamment en compte les variables illustratives »; « Cet outil exclut des populations qui ne sont pas autonomes, comme certains malvoyants », disent les autres. Or, AGGIR mesure le besoin d'aide. Il est à noter que si AGGIR est utilisé par tous, beaucoup ont retravaillé l'outil pour l'adapter aux situations concrètes. En effet, dans la pratique de l'évaluation elle-même, c'est bien la personne âgée et ses besoins qui constituent la principale préoccupation de l'évaluateur. Le classement en Gir 3 ou 4 qui dépend de peu de choses (une variable suffit à faire basculer la personne d'un groupe à l'autre) s'explique parfois dans des considérations plus générales sur les besoins et la situation de la personne âgée ou sur son intérêt à se situer dans un groupe plutôt qu'un autre. La souplesse de la procédure que l'on trouve dans certains départements constitue alors une réponse aux problèmes de la grille AGGIR. D'autres départements (A), pour éviter ces difficultés, ont étendu la PSD au Gir 4 (lorsque le besoin est supérieur à 30 heures). Mais une harmonisation de l'utilisation de la grille AGGIR est souvent réclamée.

L'effet de seuil de revenu

Tout comme le seuil du Gir 3, plusieurs personnes ont évoqué un autre registre d'exclusion par l'effet du seuil de revenu. Certaines personnes âgées qui avaient ainsi une aide ménagère l'ont perdue parfois du fait du critère de ressources. C'est une première critique du mode de financement selon les principes de l'aide sociale. Comme la suivante.

L'effet dissuasif de la récupération sur succession

Sur tous les sites, il est fait mention à ce facteur dissuasif de la récupération sur succession. Dans les départements expérimentaux, les opérateurs ne manquent pas de souligner que cet aspect a joué fortement au moment de la réception de la loi lors des séances d'information. Le recul par rapport à la PED était alors très apparent. Mais ces propos ne correspondent pas nécessairement à un problème repérable de façon concrète, et ce, pour deux raisons : d'une part, ces pratiques de récupération ne sont guère mobilisées pour l'instant et, d'autre part, elles constituent une procédure très classique pour les dispositifs d'aide sociale. En d'autres termes, ce n'est pas une nouveauté pour les services de l'aide sociale départementale que de procéder à ces récupérations.

Pour autant, la portée symbolique de la récupération à des effets bien tangibles et constitue un véritable frein psychologique aux demandes de PSD. Il existe même des départements où la pratique de la récupération sur succession, non appliquée jusque-là, se développe depuis la PSD. Cette récupération sur succession pose aussi la question du coût financier de la PSD.

5^e risque versus Aide sociale :

Globalement, cet ensemble de critiques rejoint une controverse originelle concernant le choix politique qui a été opéré en faveur de l'aide sociale départementale au détriment du 5^e risque. La PSD conserve les « stigmates » de l'Aide sociale et, tout d'abord, le fait qu'elle constitue une avance financière. Autre conséquence de l'Aide sociale, elle est du ressort du département et a signifié, sur le terrain, de fortes disparités territoriales. Ces disparités sont jugées comme choquantes même par les personnels des CG quand bien même ces derniers se trouvent amenés à défendre le principe de la décentralisation.

Les critiques concernant les difficultés de mise en œuvre du dispositif

Le refus de rémunérer une tierce personne

D'autres problèmes ont été mentionnés par les opérateurs du : certaines personnes âgées semblent également s'exclure par le refus du principe de l'aide en nature (fournir des justificatifs pour tout), ce qui est parfois ressenti comme une lacune. Il est impossible

cependant, compte tenu de notre méthode de recueil, de prendre la mesure de l'ampleur de ce problème.

La complexité des dossiers

Des critiques ont été formulées dans les sites qui appliquent strictement la liste des pièces formulées par le Ministère et le dossier proposé. L'instruction des dossiers est souvent jugée trop lourde. On parle aussi beaucoup de l'incompréhension des bénéficiaires (incompréhension de la phase d'instruction, incompréhension des plans d'aide, etc.).

De façon plus générale, le dispositif est souvent considéré comme trop lourd, difficile à comprendre pour les bénéficiaires entre ce qui relève de la PSD et de l'aide des caisses, ce qui renvoie au problème de l'information des bénéficiaires. Il y a un véritable problème d'appropriation et d'assimilation de la procédure PSD.

Le déficit d'informations des personnes les plus isolées

Sans qu'il soit une fois encore possible d'évaluer l'étendu de ce problème, plusieurs interlocuteurs ont fait mention de la difficulté particulière que pose l'information dans les sites les plus reculés. Comment les toucher, par quel vecteur, sachant que les petites mairies ne sont pas toujours de fidèles sources d'informations et risquent parfois de désinformer ? Ces problèmes dus à une mauvaise interprétation de la loi sont révélateurs de la non-assimilation du dispositif PSD par tous les acteurs concernés, et constituent un véritable enjeu pour le développement de la prestation.

Le calcul des ressources et la prise en compte de l'allocation logement

Des problèmes d'inéquité ont été mentionnés dans certains sites entre les bénéficiaires qui ont l'AL prise en compte dans les ressources, par rapport aux bénéficiaires qui vivent chez leurs enfants.

Les critiques concernant des dimensions liées aux interventions à domicile

Le statut et la qualification des intervenants

Les associations d'aide à domicile rencontrées ont régulièrement mentionné ce problème du statut des intervenants. C'est un point d'achoppement essentiel, de plusieurs points de vue : l'intérêt de l'utilisateur et la qualité du service ; les conditions de travail des intervenants ; l'équilibre financier des associations ; le coût de l'intervention pour le financeur. Les associations sont, de ce point de vue, très critiques. L'impression est chez les prestataires qu'à l'heure où l'on parle de professionnalisation, on fragilise encore plus l'intervention. Il semble que les départements aient partiellement réussi à imposer leur logique au niveau local puisque le mandataire a été accepté ou, en tout cas, n'est plus discuté. Le gré à gré est fortement dénoncé par les associations qui, au-delà du problème qualité, dénoncent sans surprise le fait qu'une personne âgée fragile est peu à même d'être employeur (« employeur à 80 ans »). Sans compter que, lors du décès, ce sont les héritiers qui doivent régler le problème de licenciement.

Le choix de la personne âgée de faire appel à un gré à gré familial entraîne des difficultés. Par exemple, dans le D, certains interlocuteurs du Conseil général ont observé une valorisation financière plus conséquente dans les grés à grés familiaux que pour les interventions en mandataire : le plan d'aide devient partiellement un élément de rémunération de proches au-delà de la logique du besoin d'aide. D'autre part, il y a une difficulté à départager, dans le cas d'un aidant familial, ce qui relève du gré à gré rémunéré par le plan d'aide, et ce qui relève de l'aide informelle gratuite dispensée par l'entourage.

Le problème de l'investissement que représente la formation des intervenants pour les associations et des tarifs de référence.

De façon complémentaire, et comme nous l'avons déjà souligné dans la troisième partie (dispositif et mise en œuvre) de cette synthèse, des critiques ont été formulées sur le calcul des tarifs de référence généralement jugés trop bas par les associations, surtout lorsqu'ils sont censés intégrer la formation.

La disparité ou l'inégalité d'offres de services sur les territoires

Dans plusieurs sites, un autre point a été mentionné concernant le problème de la pénurie de services dans certaines zones du département (zone rurale), ce qui implique le recours au gré à gré et/ou au mandataire, et donc à un service de moindre qualité *a priori*.

Annexes

Grille d'entretien (1) : PSD à domicile

1. Trajectoire de l'interlocuteur

- **A partir de quand** l'interlocuteur est-il intervenu dans le dispositif ? A-t-il participé à la mise en œuvre du dispositif ?
- Quelle est sa **position / fonction** dans le dispositif ?

Ce premier thème devrait permettre d'orienter très vite l'entretien en situant d'emblée l'interlocuteur dans le dispositif.

2. La genèse du système

Histoire de la mise en œuvre du dispositif dans le département étudié.

- **Département d'expérimentation** ? (PED : Prestation Expérimentale Dépendance)
- **Dispositifs préexistants** (ACTP, Action sociale de la CRAM) : en quoi le nouveau système a-t-il modifié la place de ces différents dispositifs ? A-t-il entraîné une réduction de l'ACTP ? La Drees insiste sur l'importance des **délais de mise en œuvre et la forte montée en charge** qui a suivi, qu'en est-il dans votre département ?
- Le cas des personnes à dépendance moyenne : la gestion du **Gir 4**.
- La **convention constitutive** : les différents partenaires, l'articulation du rôle et de l'intervention de chacun (PSD/ action sociale de la CRAM...).

D'une façon plus générale, les départements ont inventé des choses dans la mise en œuvre territoriale de la loi. Confrontés à des problèmes et manques, ils ont « amélioré la loi ». Qu'en est-il dans les départements étudiés ? Quelles prestations complémentaires ont-ils mis en place ? Les choses sont-elles formalisées ?

Il est possible de s'appuyer sur un exemple : est-on dans le cas de figure où il y a renvoi vers l'action sociale de la CRAM pour les Gir 4, 5, 6 ? Ou alors une prestation complémentaire a-t-elle été imaginée ?

3. Chronologie du dispositif PSD

1 Information du public – (Rapporter des brochures d'information s'il y en a).

Quelle information est diffusée pour faire connaître au public la procédure à suivre, nouveau dispositif, articulation entre les différentes aides...

2 La constitution du dossier (Rapporter un dossier pour notre documentation)

- Où se trouve le dossier et comment est-il rempli (CCAS ?) ? Quelle aide à la constitution du dossier (informateur personnes âgées ?) ?
- Les Conseils généraux demandent des pièces complémentaires qui ne sont pas précisées dans l'arrêté ministériel (peut-être trop ouvert), le Ministère aimerait connaître la nature de ces pièces dans les départements étudiés.
- Quel est enfin le délai moyen de traitement du dossier (les 2 mois de l'arrêté sont-ils respectés ? Et à partir de quand interviennent-ils ?)

3. La composition de l'équipe médico-sociale : Qui ? Equipe mixte ? Quelles modalités de fonctionnement ?

4. Réception et traitement du dossier

- Où le dossier est-il transmis pour évaluation ?
- Evaluation médicale évaluation de l'incapacité – Comment ? (grille AGGIR)
- Evaluation sociale : Par qui ? Comment ? Évaluation de la dépendance par les travailleurs sociaux (ressources financières et humaines) ?
- Ajustement des deux évaluations : y a-t-il concertation entre le médecin et le travailleur social ? Sont-elles réalisées indépendamment ?
- La visite : les gens sont-ils prévenus de la visite d'évaluation ? Y a-t-il prise de contact préalable ? Comment se passe la visite ? Le médecin traitant est-il présent ?

5. Formulation d'un plan d'aide

- Evaluation du coût de la prise en charge (ménagère, téléalarme...). Le coût horaire peut être plus ou moins élevé selon les départements. En fonction du revenu, que reste-t-il à payer ? Qui va prendre en charge cette somme, (établissement, Conseil général, CRAM...)
- Proposition d'une prestation dépendance.
- Question de la nature de l'aide proposée : Question de l'offre (mandataire, prestataire, remplacements...), aide spécialisée/aide familiale.
- Négociation avec la famille : Les demandes de la famille sont-elles prises en compte ? Comment se fait le choix de la tierce personne ?

6. La décision d'attribution

- Modalités de décision d'attribution : Existe-t-il une instance de décision formalisée ? Quelle composition : quel profil, quelle cohérence ? Comment ses membres sont-ils nommés ?
- Mode de fonctionnement :
- Critères de sélection et arbitrage des cas difficiles: La grille AGGIR : il semblerait que dans certains départements le médecin du département est celui qui valide et décide en dernière instance du classement Gir. Il y aurait bricolage sur l'outil d'évaluation, le médecin décidant parfois d'un reclassement en Gir 3. Qu'en est-il dans les départements étudiés ?
- que se passe-t-il en cas de double refus du plan d'aide par la famille ? (refus prévus par la loi).

La question de l'**arbitrage** concerne *la question Gir 3 / 4 ; la lisière soins médicaux et paramédicaux / aide ; la nature de l'aide* (peut-on mettre dans le plan d'aide quelqu'un qui promène la personne âgée ? Les jurisprudences en la matière).

Mais aussi *l'articulation Action sociale des CRAM / PSD* : la formulation du plan d'aide et la décision d'attribution sont-elles l'occasion de revenir sur cette question, ou a-t-elle été tranchée une fois pour toutes lors de la convention (Cf. rubrique « Genèse du dispositif »).

7. L'attribution de la prestation

- Quelle durée entre la demande de prestation et le premier versement ?

- Le passage d'une aide destinée à l'ensemble des personnes dépendantes à une aide destinée aux personnes les plus dépendantes entraîne-t-il une réduction du nombre des bénéficiaires ?

On retrouve ici la question de la grille AGGIR : que se passe-t-il pour les Gir 4, 5, 6 ? En cas de refus, y a-t-il orientation ? Comment se fait-elle ? Existe-t-il un plan d'aide hors PSD ?

8. La mise en œuvre du plan d'aide

- Quelles ressources en services ?

On retrouve la question de la nature de l'aide (Aide familiale/aide spécialisée : quel est le pourcentage de cas où la prestation permet de rémunérer un membre de la famille ?)

- Question de la formation des personnels. Qu'en est-il de la qualification des prestataires de service ? Quelles sont les associations qui interviennent ? Y a-t-il un dispositif de formation des intervenants non qualifiés ? (Il existe dans certains départements des stages de formation financés par les Fonds sociaux européens.)

- Question de la qualité du service : a-t-on défini dans le département une charte « qualité » détaillant le contenu précis du service acheté ? (temps de coordination, horaires garanties, cas du week-end ...)

- Le contrôle (mythe ou réalité ?)

- contrôle d'effectivité : Quelle stratégie et quelle méthode de contrôle ? Quels contrôleurs ?

- contrôle de suivi : Ajustement du contrat d'aide en fonction de l'évolution de la situation (= évaluation périodique) – Par qui et comment ?

9. La place de l'offre privée marchande à but lucratif

4. « *Opinion de l'interlocuteur* »

(Etant entendu que l'interlocuteur peut fort bien avoir donné son avis sur le dispositif tout au long de l'entretien, mais c'est là l'occasion de revenir sur certains points et s'assurer que toutes les questions essentielles ont été abordées).

- Comment les opérateurs évaluent-ils le système, de leur strict point de vue d'opérateurs bien sûr : s'agit-il d'un défenseur du système ? Ou d'un opposant au système ? Quels sont les arguments avancés dans les deux cas ? [questions des modalités du dispositif (cf. la Chronologie abordée juste avant), des différents partenaires institutionnels engagés (cf. Genèse)]

- Et plus précisément, on peut aborder ici la question de la réforme de la tarification : jugez-vous normal qu'il y ait un prix de journée moyen ou une nouvelle tarification qui fait varier le prix en fonction de la dépendance (plus la personne est dépendante, plus elle doit payer) vous paraît-elle pertinente ? (Avec la réforme de la tarification, l'aide

est fondée sur l'état de la personne âgée dépendante et non plus sur le statut juridique de l'établissement.)

- Et la question des disparités territoriales.

Les questions un peu délicates sur la gestion du Gir 4, sur la qualification/formation du personnel d'aide et sur la prise en compte de l'avis personne âgée, peuvent être intégrées sous la rubrique « Opinion de l'interlocuteur » si elles n'ont pas pu être abordées au cours de l'entretien (ou de façon incomplète).

N. B :

Concernant les établissements à identifier lors de cette première phase : demander des critères : Public/privé ; médicalisation ; prix de la journée ; qualité de vie quotidienne), des établissements (établissements long séjour, maison de retraite avec ou sans cure, foyers logement.

Phase 2 :
La Prestation Spécifique Dépendance en établissement

Sommaire

Introduction	65
Le cadre de l'étude	69
Quelques données socio-démographiques	69
Typologie des établissements enquêtés	71
Analyse des résultats de la PSD dans les établissements enquêtés	73
Genèse et invention du dispositif	77
La prise en charge de la dépendance en établissement avant la PSD	77
Les principes adoptés	79
L'entrée en scène des établissements	84
Dispositif et mise en œuvre	87
Information	87
Constitution du dossier et instruction administrative	89
Procédure d'évaluation	93
Attribution de la prestation	98
Procédure de suivi	100
Conclusion	101
Annexes	105
La grille d'entretien	107
Les établissements visités	111
Les montants de PSD par département	112

Introduction

L'étude menée dans le cadre du versement de la prestation en établissement s'articule comme pour la prestation à domicile autour des trois points : données de cadrage, genèse du dispositif, et mise en œuvre du dispositif. Deux éléments distinctifs doivent cependant être repérés : le nouveau partenaire impliqué dans le dispositif d'une part et le contexte général de mise en œuvre d'autre part.

L'attribution de la Prestation spécifique dépendance en établissement met en relation le Conseil général avec un nouveau partenaire : les établissements d'hébergement pour personnes âgées. La question est alors de savoir à partir de quand les établissements interviennent dans le dispositif PSD – ont-ils été associés à l'invention du dispositif ou ne sont-ils sollicités qu'en tant qu'opérateur de la mise en œuvre ? – et quel est leur rôle dans la pratique du dispositif.

En outre le contexte de mise en œuvre du dispositif PSD en établissement est bien différent du domicile, puisqu'elle s'inscrit dans le cadre plus général de la Réforme de la tarification très attendue par les professionnels et vivement critiquée dans sa première mouture, qui doit restructurer en profondeur le fonctionnement des établissements pour personnes âgées. Nous avons choisi de ne pas aborder directement cette question de la Réforme de la tarification lors des entretiens dans les différents établissements, afin de maintenir au centre de l'étude l'interrogation initiale sur la PSD et de pouvoir réfléchir par rapport au dispositif à domicile analysé dans la première phase.

Le cadre de l'étude

En préalable aux caractéristiques des établissements enquêtés (2), des données socio-démographiques plus générales sont introduites ; en effet, la mise en place de la PSD se réalise dans des contextes spécifiques (1). Enfin, des éléments d'analyse concernant la mise en œuvre de la PSD en fonction de la typologie des établissements sont dégagés (3).

1. Quelques données socio-démographiques

Les départements enquêtés diffèrent au niveau de la structure de la population ainsi qu'au niveau de l'offre d'hébergement collectif pour les personnes âgées. L'objet de ce paragraphe est de rappeler certaines de ces différences.

Tableau 1-1 Données socio-démographiques relatives aux départements enquêtés

Département	Part de la population âgée de 75 ans ou + dans la population totale, au 01/01/1998	Taux d'équipement en SCM et SSLD pour 1000 personnes de 75 ans ou +, au 01/01/1998 ¹	Part des bénéficiaires de la PSD sur le nombre de places tous établissements ²
A	6,1	74,3	11,7
B	10,3	70,3	15,0
C	5,1	52,8	
D	7,7	49,3	10,8
E	4,1	41,8	5,9
F	5,4	82	4,0

Sources : DREES, et INSEE (projections OMPHALE) pour la population.

¹ Section de Cure Médicale (SCM), Service de Soins de Longue Durée (SSLD).

² Les données concernant les capacités totales d'hébergement en établissement sont issues de l'enquête EHPA 1996.

Le tableau 1-1 fait apparaître des écarts importants entre des départements comme le département B et E dont les structures de population permettent de qualifier le premier de « département vieux » à l'opposé du second considéré comme « jeune » avec seulement 4,1 % de sa population âgée de 75 ans ou plus. S'agissant des places d'hébergement médicalisé³, la variable démographique est loin d'être le seul facteur explicatif des taux d'équipements, un retard ou au contraire une avance ont pu être pris compte tenu des choix des acteurs locaux et/ou des politiques en faveur du maintien à domicile, par exemple. Ainsi, le département D, dont la part de la population âgée est relativement importante dispose d'un équipement médicalisé limité. Avec un taux de 49,3 %, il se rapproche plutôt des départements E et C. À l'inverse, le département F bénéficie d'un taux d'équipement élevé (82 %) eu égard à la structure de sa population. Le département B a privilégié l'hébergement médicalisé. Effectivement, il est plutôt bien doté en places médicalisées alors que son taux d'équipement en général est inférieur à la moyenne nationale⁴. Enfin, le département A se situe dans les départements les mieux équipés en termes de places médicalisées.

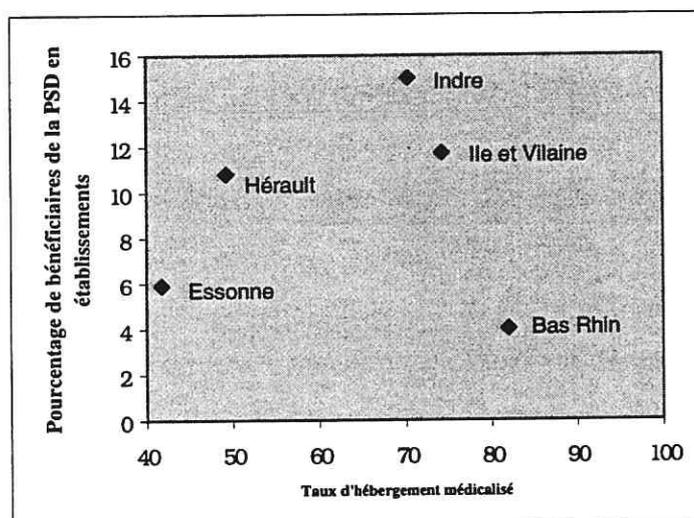
Il apparaît intéressant de rapprocher le taux d'hébergement médicalisé du pourcentage de bénéficiaires de la PSD, pour les départements étudiés (graphique 1-1).

A la lecture du graphique 1-1, force est de constater qu'il n'y a pas toujours de corrélation entre la médicalisation de l'hébergement et la PSD. Ainsi, le département D bénéficie d'un pourcentage de bénéficiaires de la PSD plutôt important tandis qu'il dispose de peu de places médicalisées. A l'inverse le département F, dont le taux de médicalisation le plus élevé des départements enquêtés, se caractérise par un taux de bénéficiaires de la PSD le plus faible. Enfin, il convient de souligner que pour les autres départements, et sur la base des données statistiques disponibles, le taux de bénéficiaires de la PSD est d'autant plus élevé que le taux d'hébergement médicalisé l'est également, c'est le cas pour les départements B et A.

³ L'hébergement médicalisé regroupe l'accueil en services de soins de longue durée et en sections de cure médicale.

⁴ Aliaga C. et Neiss M., « La prise en charge des personnes âgées : maintien à domicile ou hébergement collectif », *Données sociales 1999*, pp 256-263 INSEE.

Graphique 1-1 Départements enquêtés selon le taux d'hébergement médicalisé et le pourcentage de bénéficiaires de la PSD en établissements



Source : DREES, LAPSS, juin 2000.

Des précisions complémentaires ont été apportées lors de l'enquête PSD « domicile » et notamment celles concernant l'effet du potentiel fiscal, autre variable pouvant influencer le nombre de PSD attribuées⁵.

Si les contextes socio-démographiques et les pratiques des acteurs départementaux ont des effets sur les effectifs des personnes âgées pouvant bénéficier de la PSD, ils ne constituent pas pour autant les seuls facteurs explicatifs. Le type d'établissements, leur statut sont aussi des facteurs à prendre en compte, c'est ce qui va être fait dans le paragraphe suivant.

2 Typologie des établissements enquêtés

Les principales caractéristiques par lesquelles les établissements enquêtés peuvent être définis concernent principalement, le type de structure et son environnement, le statut public ou privé, l'habilitation ou non à l'aide sociale, le nombre de places, l'existence ou non d'une section de cure médicale, le nombre de bénéficiaires de la PSD, de l'ASH et enfin, de l'ACTP avant la loi de 1997. Ces deux dernières données, n'étant pas

⁵ Le Bihan et alii, « La prestation spécifique dépendance à domicile en pratiques dans six départements », *Etudes et Résultats*, n°64, mai 2000, DREES voir encadré E.1 p. 2.

disponibles dans tous les établissements, ne seront pas prises en compte dans le tableau 1-2 ci-dessous.

Tableau 1-2 Nombre de places d'hébergement, de SCM et de bénéficiaires de la PSD par type d'établissement et par département.

Département	Service de soins L.D.		Foyer logement			Maison de retraite			Etablissement non habilité aide sociale			Ensemble	
	Tot	PSD	Tot	SC M	PSD	Tot	SC M	PSD	Tot	SC M	PSD	Tot	PSD
A	140	42	47	15	4	121	Nd	16	19	0	4	327	66
B	65	17	67	nd	2	80	Nd	27	75	34	17	287	63
C	500	12	80	19	7	60	15	8	78	nd	39	718	66
D	100	7	83	56	4	66	37	4	88	40	7	337	22
E	105	20	54	nd	8	87	32	4	84	nd	7	330	39
F	41	4	67	30	1	78	41	8	53	20	0	239	13
Ensemble	951	102	398	nd	26	492	Nd	67	397	nd	74	2238	269

Source : Statistiques des Etablissements, LAPSS, juin 2000.

Comme l'indique le tableau 1-2, les établissements diffèrent par leurs capacités d'accueil. Les services de soins de longue durée (SSLD), ont des capacités importantes, à l'exception des services enquêtés dans les départements B et F. Les SSLD sont situés dans des centres hospitaliers ou des hôpitaux locaux.

A l'opposé les foyers logements et les établissements non-habilités sont des structures de taille moyenne, voire petite, comme la MARPA du département A non habilitée à l'aide sociale qui accueille 19 résidents. Parmi ces derniers établissements non conventionnés, les types varient. Il peut s'agir soit d'une maison de retraite comme dans les départements B, C et D, soit d'un foyer logement, c'est le cas dans le département F, soit enfin d'un autre type, telle la MARPA ou l'établissement du département E appartenant au groupe « les jardins de Cybèle ». De plus, le mode de gestion peut varier, mais le plus souvent il s'agit d'établissements privés à but lucratif et gérés sous forme de SARL, seul celui du département B est géré sous la forme d'une association loi 1901.

En ce qui concerne les foyers logements, la gestion peut relever soit du CCAS dans la moitié des situations rencontrées, soit d'associations du type loi 1901, loi 1908 pour F, association conventionnée avec la CRAM, soit enfin d'association de communes pour A. Comme le montre le tableau 1-2, la majorité de ces foyers sont médicalisés et pour une partie de l'accueil des personnes âgées se rapprochent de maisons de retraite, aux différences près, toutefois, que le financement n'est pas basé sur un prix de journée et que dans certains cas, les bénéficiaires de la PSD sont considérés comme relevant de la PSD à domicile, comme dans C.

Les effectifs des maisons de retraite sont légèrement supérieurs aux établissements précédents, mais cela est variable selon les départements (tableau 1-2). Le statut diffère du privé associatif au public autonome et dans les départements D et B, les maisons de retraite appartiennent respectivement à un centre hospitalier et à un hôpital local.

Les différences constatées, en termes de capacités d'accueil, de statut et d'environnement des établissements et services enquêtés dans des départements qui ont leurs spécificités, ont des effets sur la mise en œuvre de la PSD et sur le nombre de bénéficiaires. Sur les 2239 personnes accueillies dans les établissements de l'étude, seulement 269 bénéficient de la prestation spécifique dépendance. Ce dernier aspect va être analysé en détail dans le point suivant.

3 Analyse des résultats de la PSD dans les établissements enquêtés

L'échantillon servant de base à l'analyse étant limité, les résultats qui sont présentés doivent être interprétés avec précaution. Le tableau 1-3 ci-dessous vient en complément du tableau 1-2 et indique la part des bénéficiaires de la PSD en pourcentage du nombre de places dans chaque établissement et par département, ainsi que pour l'ensemble.

Tableau 1-3 Part des bénéficiaires de la PSD, par établissement et par département, (en % des places d'hébergement)

Département	Service de soins de longue durée	Foyer logement	Maison de retraite	Etablissement non habilité	Ensemble des établissements
A	30,0	8,5	13,2	21,0	20,2
B	26,2	3,0	33,7	22,6	22
C	2,4	8,7	13,3	50	9,2
D	7,4	4,7	6,7	7,9	6,7
E	19,0	4,8	4,6	8,33	11,8
F	9,8	1,5	10,3	0	5,4
Ensemble	10,7	6,9	13,6	21,6	12,0

Source : *Statistiques établissements, LAPSS, juin 2000*

Le tableau 1-3 permet de faire apparaître des écarts importants au niveau du nombre des bénéficiaires de la PSD rapporté au nombre de places d'hébergement. Ces écarts sont avérés à la fois entre les départements et au sein des départements. Dans ce dernier cas, c'est l'effet des structures qui joue.

Par rapport aux données départementales sur l'ensemble des établissements (tableau 1-1), des écarts apparaissent. En particulier, le taux de bénéficiaires de la PSD dans les établissements enquêtés dans le département D est nettement inférieur à la moyenne départementale, alors que c'est plutôt l'inverse pour les autres départements. Bien sûr, cela est le fait du tirage aléatoire d'un petit nombre d'établissements dans chaque

département, l'étude n'ayant pas prétention à l'exhaustivité. Sur les établissements enquêtés, ceux des départements B et A, avec respectivement 22 et 20,2 %, connaissent les taux de bénéficiaires les plus élevés. Il s'agit de deux départements dits expérimentaux. Le département E atteint avec 11,8 % de bénéficiaires un taux proche de celui de l'ensemble des établissements. En revanche, les départements C, D et F se caractérisent par des taux plutôt bas.

S'agissant maintenant des différences qui apparaissent au niveau intra départemental, un « effet établissement » peut être mis en évidence au regard des données du tableau 1-3. En effet, les taux de bénéficiaires peuvent varier de façon significative suivant que les personnes âgées vivent en services de soins de longue durée ou en foyers logements ou encore dans des établissements non habilités. Pour ces derniers, 21,6 % des personnes bénéficient de la PSD, contre seulement 6,9 % en foyer logement.

Ce ne sont sans doute pas les mêmes causes qui produisent les mêmes effets. De plus, ce qui est vrai pour l'ensemble des départements étudiés (tableau 1-3) peut être non vérifié dans l'un ou l'autre des départements. Dans ce cas, « l'effet département l'emporte » sur « l'effet structure ». S'agissant des établissements privés non habilités, l'enquête a conduit à deux résultats opposés sur deux établissements, dans F, aucun bénéficiaire et dans le département C 50 %. L'analyse qualitative des entretiens développée ultérieurement reviendra sur cette question de l'importance des demandes de PSD dans les établissements privés.

La répartition des bénéficiaires par catégorie d'établissement, dans le tableau 1-4, fournit un complément d'informations

Tableau 1-4 Répartition des bénéficiaires de la PSD en fonction des services, pour l'ensemble des départements, en %

Établissement	Services soins de longue durée	Foyer logement	Maison de retraite	Établissement non habilité	Ensemble
%	37,9	9,7	24,9	27,5	100

Source : Statistiques établissements, LAPSS, juin 2000.

« L'effet structure » ressort également à la lecture de ce dernier tableau. Parmi les bénéficiaires de la PSD, 37,9 % vivent en services de soins de longue durée et 27,5 % sont dans des établissements privés non habilités à l'aide sociale.

Il serait intéressant de rapprocher ces données des résultats concernant les Gir moyens pondérés par établissement et de la répartition des personnes âgées par Gir. Seul un nombre limité de départements a pu obtenir de telles informations. Il est donc difficile d'en tirer des conclusions.

L'objet de l'enquête étant l'évaluation qualitative de la mise en œuvre de la PSD en établissement d'hébergement pour les personnes âgées, la présentation de données statistiques est nécessairement limitée. Elle fixe le cadre dans lequel s'est déroulée l'étude. Il convient d'ores et déjà de s'intéresser à la façon dont les acteurs se sont appropriés ce dispositif lors de sa mise en place.

Genèse et invention du dispositif PSD

Le premier rapport sur la PSD à domicile a évoqué le cadre général de la genèse du dispositif dans chacun des six départements étudiés. C'est pourquoi seuls les éléments concernant les établissements seront évoqués dans cette partie.

Le fonctionnement des établissements et la prise en charge de la dépendance avant la prestation spécifique dépendance seront analysés dans un premier temps (1). Le dispositif mis en place, dans ses principes et justifications fera l'objet d'un deuxième point (2). Enfin, l'analyse de l'entrée des établissements dans le dispositif PSD sera exposée dans un dernier point (3).

1. La prise en charge de la dépendance en établissement avant la PSD

Dans tous les départements, les personnes âgées dépendantes bénéficiaient de l'ACTP qui était versée le plus souvent à la personne, mais qui pouvait aussi être versée directement à l'établissement qui en reversait alors 10 % à la personne au titre de l'argent de poche, comme dans le département F par exemple. Toutefois, le Conseil général du département B ne versait pas l'ACTP aux établissements, en partant du principe que l'ACTP n'avait pas été conçue comme une prestation destinée aux personnes âgées en établissement. C'est le forfait soins qui était censé prendre en considération la dépendance. Et quand les personnes bénéficiaient de l'ACTP à domicile, le versement de l'ACTP s'arrêtait à l'entrée en établissement (le long séjour a connu ces cas d'arrêt de l'ACTP).

Les COTOREP avaient des pratiques variables, non seulement en nombre de dossiers traités (très élevé dans le C), mais aussi dans l'utilisation des critères d'attribution. Dans E, la dépendance psychique n'était pas prise en compte et les visites en établissement inexistantes. L'évaluation du degré de dépendance était loin d'être clairement définie, et, dans le département C par exemple, quatre grilles étaient utilisées. Les taux de l'allocation compensatrice étaient parfois réduits pour les personnes en établissement (à 40 % dans D).

La gestion de l'ACTP n'était pas toujours satisfaisante et ce, pour plusieurs raisons. Les délais pouvaient être très longs, et parfois le bénéficiaire décédait avant la finalisation du dossier. Dans certains départements, les dysfonctionnements seraient à l'origine d'un écart important entre le nombre de demandes et les besoins estimés, les demandes étant très inférieures aux besoins. Le mésusage de l'allocation compensatrice « thésaurisée » a été plusieurs fois souligné.

Ces constats ont conduit certains départements à entreprendre des réformes de l'ACTP, le plus souvent au moyen de groupe de travail en partenariat avec les établissements. En A, une telle réforme fut conduite, dès 1990, dans le but de solvabiliser la personne âgée. Les partenariats pouvaient aussi avoir pour objet la prise en charge de la dépendance. C'est le cas, dans ce même département, d'une démarche qui s'est concrétisée par la signature en décembre 1996 d'une convention avec les différents acteurs de la politique gérontologique (fédérations d'établissements, associations de directeurs, financeurs, usagers) dans le cadre plus global d'un « Référentiel qualité des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ».

La prise en charge de la dépendance en établissement a fait, dans certains départements, l'objet d'études pour apprécier le niveau de dépendance par exemple (dans le département B). Ailleurs, l'humanisation des établissements a été une priorité (dans le département F), sans que l'écart entre le nombre de lits médicalisés et le nombre de lits financés ne soit toujours résorbé.

Un tableau offre une vue synoptique du fonctionnement de la prise en charge de la dépendance avant le dispositif PSD.

ACTP	A	B	C	D	E	F
Versement	A la personne	A la personne	A la personne	A l'établissement	A la personne	A l'établissement
Travail préalable	Oui Référentiel qualité	Oui Etude	Oui Humanisation étab.	Non	Non	Oui Plan géronto.
Réforme ACTP	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non

2. Les principes adoptés :

Les principes adoptés par les départements

On est en droit de s'interroger sur la rationalité du décideur, face aux inégalités de traitement des personnes dépendantes en établissement, par les conseils généraux des six départements. Par exemple, à situation égale, une personne recevra une prestation allant du simple au double selon son département de résidence.

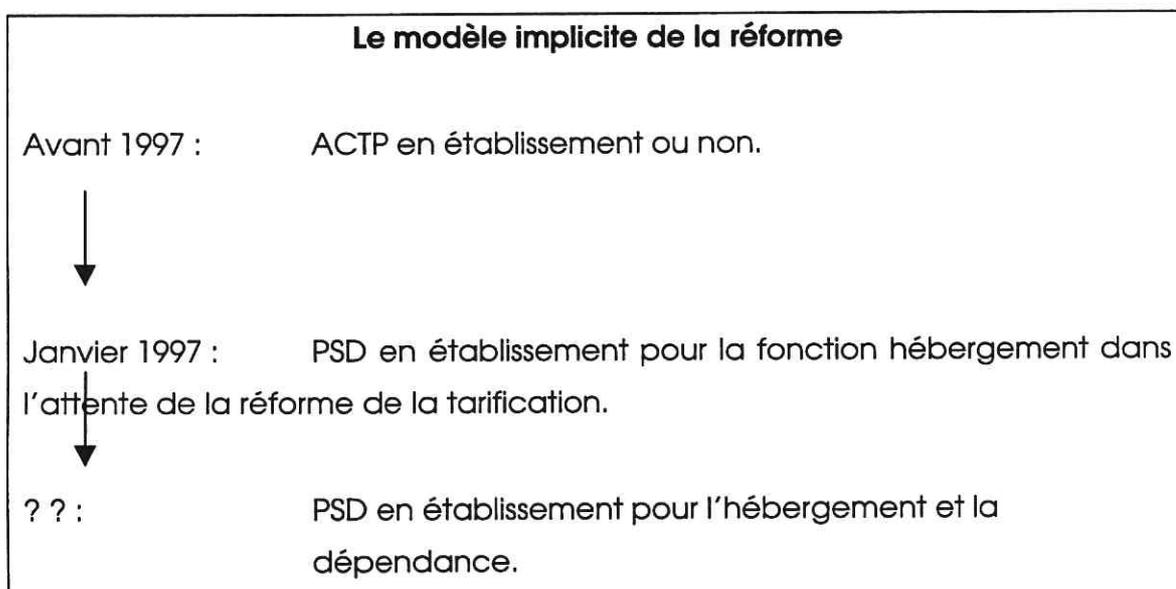
Pourtant, l'analyse détaillée des dispositifs politiques choisis dans les départements montre que le résultat observé aujourd'hui n'est que le résultat d'un choix logique, à condition de le rapporter à la situation particulière dans laquelle se trouvait le décideur en 1997. Pour résumer brièvement cette situation, nous ferons l'hypothèse d'un processus de décision en trois étapes.

Avant 1997 tous les départements sauf le département B avaient appliqué la loi sur l'ACTP aux établissements.

Après le vote de la loi de 1997, les départements ont adopté différentes stratégies, allant de l'anticipation sur la réforme à une attitude d'attente dont le point final devait être le moment où seront publiés les textes législatifs sur la réforme de tarification.

Les deux attitudes étaient logiques : dans un premier temps, la réforme de la tarification n'étant pas en place, la PSD permet de compenser le coût des frais d'hébergement en maison de retraite, dans un second temps, après la réforme de la tarification, la PSD elle-même revue, devrait permettre de couvrir les frais liés à la prise en charge de la dépendance.

La réforme de la tarification des établissements étant régulièrement retardée, les Conseils généraux ont dû faire des choix.



Les options choisies par les six départements

B représente un premier modèle. Ne versant pas d'allocation avant 1997, ce département avait décidé d'aGir vite et bien. Il anticipe donc dès le début de l'année en modulant les tarifs des établissements selon le niveau de dépendance et invente un ingénieux système permettant de compenser le surcoût pour l'usager. Mais la généralisation nationale de la réforme se faisant attendre, le département est contraint dans le courant de l'année 1997 de suspendre sa réforme maison et de voter un forfait PSD peu élevé (1.500 F), dans l'attente de la réforme.

Un autre département, F, avait joué la carte de l'innovation, en modulant le montant de la prestation en fonction du Gir. Cette procédure demeure aujourd'hui, elle se traduit par un mode de calcul assez compliqué qui individualise le montant de la PSD.

Les autres départements ont joué la carte de la continuité, puis devant l'absence d'orientations définies au plan national, ont modifié leur choix initial, sous la pression politique des élus départementaux : le département D a versé une prestation équivalente à environ 50 % de l'ACTP, puis l'a réduite à 1 500 F par mois alors que le département C, qui avait pris l'option d'un faible taux dans l'attente de la loi, a dû en augmenter le montant.

Enfin, une PSD, fille de l'ACTP, a été versée en établissement dès 1997 dans les départements A et E. Ce dernier département s'est montré généreux, avec un montant de 2 870 F qui n'a pas changé depuis. Ce n'est qu'au moment de la mise en œuvre de la réforme que les options politiques du département E risquent de devenir un handicap, car il faudra réduire le montant d'une prestation qualifiée de « plutôt » généreuse par ses promoteurs.

En somme, le bon choix en situation d'incertitude est un choix qui minimise les risques. Les départements E et A ont dans ce sens joué la bonne carte. Les autres départements ont procédé à des ajustements en cours de route ou, pire, suspendu un projet novateur, lui substituant une allocation minimale, contribuant à accroître la confusion parmi les usagers et les professionnels.

Les principes adoptés pour la PSD en établissements

<p>A Continuité</p>	<p>ACTP établissement PSD en établissement, modulée en fonction du GIR. PSD ou ASH : une seule prestation – PSD augmente si nécessaire Gir 1 : 2 400 F</p>
<p>B Anticipe</p>	<p>Pas d'ACTP en établissement Anticipe : dès 1997, module le montant / Gir : la PSD compenserait les surcoûts individuels Mais bute sur le report de la réforme de la tarification par crainte d'un recours. Finalement, fixe le forfait à un bas niveau. Gir 1 : 1 500 F.</p>
<p>C S'ajuste à la conjoncture</p>	<p>ACTP en établissement Puis l'abandonne avant la loi PSD (1996) Puis continue de verser à ceux qui avaient eu COTOREP Rétablit une PSD à faible taux (instruction du Ministère) Revalorise la PSD suite aux prévisions des familles (août 1998). Gir 1 : 3 000 F.</p>
<p>D Continuité</p>	<p>ACTP en établissement PSD en établissement au taux de 40 % COTOREP + 10 % argent de poche (avril 1997) Ensuite, montant revu à la baisse. Gir 1 : 1 500 F.</p>
<p>E Continuité généreuse</p>	<p>ACTP en établissement PSD : applique un tarif « généreux » basé sur l'ACTP (sept. 1997) Gir 1 : 2 870 F</p>
<p>F Investit les procédures distributives</p>	<p>ACTP en établissement + recours systématique aide sociale. PSD : élabore une formule permettant de calculer le montant de la PSD en fonction du Gir et du prix de journée de l'établissement, anticipant sur la réforme de la tarification. Gir 1 : 1 920 F</p>

La mise en œuvre de la PSD permet-elle aujourd'hui d'anticiper sur la réforme de la tarification ?

Dans tous les départements, la PSD a été un moment d'expérimentation de nouvelles formes d'action auprès des usagers et institutions. Le département qui est allé le plus loin en la matière est le département B. Mais les autres ne sont pas restés inactifs : le département C a évalué le niveau de dépendance des résidents de tous ses établissements, à partir de son réseau de médecins territoriaux qui ont procédé à l'évaluation des personnes hébergées en établissement sur la base d'un échantillon tiré au 1/5. Le département A a élaboré avec les établissements, dès 1995, un référentiel de qualité qui est la référence pour définir les conventions de financement, un système d'information *ad hoc* permettant d'assurer un suivi du contrat. Dans le département F, c'est le CODERPA qui s'est posé comme le leader du processus de réforme, il a été à l'initiative du « Girage » de toute la population, dans un souci de définition de la population bénéficiaire.

Enfin, dans le département E a incité les établissements recevant son agrément à évaluer le niveau de dépendance e la population qu'elles accueillent dans l'intervalle de temps entre la loi de 1997 et la réforme de la tarification.

L'anticipation sur la réforme de la tarification a été la loi générale, mais cela peut aller de la simple simulation de la réforme a une véritable anticipation.

Anticipation de la réforme de la tarification

A	Création dès 1995 d'un référentiel qualité des établissements. Fixe une convention d'objectifs pour le financement. Un système d'information ad hoc a été créé.
B	Anticipation complète Une étude globale de la dépendance a été menée en 1995. Une simulation réalisée pour moduler les tarifs dès 1997. Dans ce système, la PSD compensait le surcoût. Mais crainte d'un recours. Sentiment d'avoir été placé en situation de simple exécutant de décisions centralisées.
C	Les médecins territoriaux se sont réparti les établissements en vue de la réforme. Echantillon de 20 % des résidants. Problème : selon certains acteurs du département, l'individualisation des coûts est facteur d'injustice.
D	
E	Apprentissage généralisé au cours du « Girage ». Les établissements privés lucratifs avaient anticipé.
F	Le CODERPA s'approprie la réforme de la tarification et la PSD. Les établissements ont « Giré » la population à titre d'information.

3. L'entrée en scène des établissements

En règle générale, les établissements n'ont pas été associés à la conception du dispositif PSD. L'examen de trois points permet d'évaluer l'entrée en scène des établissements : l'information délivrée, l'existence ou non de partenariats antérieurs et enfin, les attitudes des établissements les conduisant à s'engager ou non dans le dispositif.

L'information

Les Conseils généraux ont utilisé des moyens d'information similaires : des notes d'information, des plaquettes adressées aux établissements comme aux autres partenaires, et parfois des réunions. L'engagement des départements vis-à-vis des établissements n'a pas été spécifique, sauf à répondre à des demandes particulières comme dans F. Les départements se sont adressés prioritairement aux personnes ou à leurs familles et non aux établissements. Le décalage avec le système ACTP au sein duquel les relations pouvaient être étroites entre les établissements et les services des Conseils généraux a parfois été ressenti fortement. Les fédérations d'établissements ou les Unions de la Fédération Hospitalière de France ont joué souvent un rôle complémentaire d'information, répondant ainsi à des sollicitations venant des établissements.

La perception du niveau satisfaisant ou non de l'information donnée a été variable. Dans le département D par exemple, l'information a été généralement jugée insuffisante, ou plutôt trop peu incitative. Le rôle des relais d'information (Comité local de coordination des services sociaux par exemple) a pu être déterminant. Le principe de variation tiendrait moins à l'action des Conseils généraux qu'à la réceptivité des établissements plus ou moins intéressés par le dispositif PSD.

Partenariat préexistant ou non entre les établissements et le Conseil général

Là où un partenariat existait, l'engagement des établissements a pu se réaliser et aboutir à des travaux concrets. Toutefois, d'une part, le niveau d'engagement peut être fort sans que tous les établissements soient partie prenante. Deux niveaux interagissent : le système d'action inter institutionnel départemental et le management interne de chaque établissement. D'autre part, les efforts consentis au niveau de l'engagement peuvent ne pas être payés en retour (B).

Dans le département A, un groupe de travail a été mis en place associant les institutions DDASS, DAS, CRAM, des établissements pour personnes âgées, et des usagers dans le cadre d'une démarche qualité : un dispositif de suivi de la demande d'hébergement et des admissions en établissement d'accueil pour personnes âgées a donné lieu à la réalisation d'un système d'information. Dans le département F, une dizaine de directeurs d'établissement ont participé à un groupe de travail départemental dès avant la loi.

Les attitudes plus ou moins favorables

L'intérêt manifesté par les établissements pour la PSD est très variable selon la valeur ajoutée prêtée à la nouvelle prestation. Pour certains établissements, la PSD procure un travail supplémentaire sans retour pour l'établissement. Pour d'autres, il s'agit d'une opportunité pour leurs résidants. On note que parfois, ce sont les résidants qui font pression sur la direction des établissements pour la mise en œuvre de la nouvelle prestation. Mais cette question de l'impact du facteur établissement sera à nouveau abordée dans la troisième partie de ce travail consacrée à la pratique du dispositif ainsi conçu dans les six départements.

Sur un autre plan, on note que le dispositif PSD peut engendrer des démarches qualité dans les établissements et que, dans ces cas, le besoin de moyens supplémentaires se fait rapidement sentir. Un décalage est mis en lumière entre les nouvelles exigences pour une bonne prise en charge de la dépendance et les moyens disponibles pour la réaliser. Une tension existe sur ce point.

Dispositif et mise en œuvre

Il s'agit dans cette troisième partie de comprendre les conditions de mise en œuvre de la PSD à travers les différentes étapes de son attribution – information de l'utilisateur, constitution du dossier et instruction administrative, procédure d'évaluation et de décision – et par-là même de mettre en lumière les pratiques différenciées selon les départements, mais aussi selon les établissements et leur directeur. C'est là une différence majeure par rapport au dispositif PSD à domicile analysée dans la première phase de l'étude.

1. Information

Cette phase d'information ne peut pas être analysée dans une perspective comparative entre les différents territoires. Un autre facteur intervient : l'établissement, et plus précisément le type d'établissement, et le volontarisme de son directeur.

Comme pour le dispositif PSD à domicile, la phase d'information de l'utilisateur est essentielle. Il faut distinguer l'information au moment de l'entrée dans l'établissement, et l'information au moment de « l'entrée en dépendance ». Dans le premier cas, les relais d'information existent dans les six départements de l'étude : brochures du Conseil général dans les départements A, B, E et F; information auprès des CCAS ; et systématisation progressive de l'information par les établissements.

La question du coût du séjour se pose en effet très vite au moment de l'accueil des personnes âgées. C'est dans ce cadre que les directeurs d'établissements informent les résidents de l'existence d'aides financières : l'allocation logement (AL), la Prestation spécifique dépendance (PSD) et l'Aide sociale à l'hébergement (ASH). Les modalités d'attribution des prestations peuvent alors être présentées.

Cependant, comme pour la PSD à domicile, l'information n'est perçue comme pertinente par l'utilisateur qu'au moment où un problème survient, ce qui pose la question de la continuité de l'action informative, par définition jamais achevée. À partir de quand et selon quelles modalités l'information est-elle transmise au résident devenu dépendant ? On trouve ici deux pôles d'information principaux : les familles d'une part,

l'établissement d'autre part. Dans certains établissements, ce sont en effet les familles qui doivent aller chercher elles-mêmes l'information sur la PSD. Elles s'adressent alors au Conseil général, CCAS ou à l'établissement lui-même.

Mais d'autres établissements jouent d'emblée ce rôle de relais de l'information. Les établissements non habilités Aide sociale ont généralement une très bonne maîtrise des modalités du dispositif PSD. La prestation représente en effet un bon instrument commercial.

Constitution et instruction administrative du dossier

	Le dossier	Par rapport au domicile	Remarques
A	- Retrait et dépôt au CCAS - Aide possible à la constitution par les établissements	Procédure identique	- Volonté de la part des établissements de ne pas être sollicités pendant cette phase.
B	- Retrait CCAS ou établissement - Dépôt au CG (dans 1 cas à l'établissement) - Aide à la constitution dans 3 établissements sur 4		- Établissement comme lieu de retrait et de dépôt
C	- Retrait et dépôt au CCAS - Aide à la constitution dans certains établissements	- Instruction moins rapide - Difficile passage PSD domicile / PSD établissement	- Complexité - Attitudes très différenciées selon les établissements
D	- Retrait au CG ou au CCAS - Dépôt au CG - Aide à la constitution dans certains établissements	- Souplesse dans l'examen des conditions de ressources	- Complexité - Enquête financière comme frein
E	- Retrait au CCAS et dépôt au CG - Aide à la constitution du dossier dans 3 établissements sur 4	- Instruction administrative des ressources simplifiées (revenu imposable) - Recours des usagers quant à la baisse des montants alloués	- Prise en charge totale par la direction dans 2 établissements - Rôle des CCAS présenté comme insuffisant - Enquête financière dissuasive (confusion PSD / aide sociale)
F	- Retrait au CCAS et à la CRAV - Intervention variable des établissements	- Instruction par le bureau des établissements	- Manque de clarté sur la liste des pièces à fournir - Confusion PSD / aide sociale - Frein du recours sur succession

2. Constitution du dossier et instruction administrative

Trois points peuvent être dégagés à la lecture de ce tableau comparatif de la procédure dans les six départements de l'étude : les points communs avec la procédure à domicile ; les différences avec la procédure à domicile ; les difficultés de cette phase de constitution du dossier.

Une procédure proche de la procédure à domicile

On retrouve en effet le Centre communal d'action social (CCAS) comme acteur principal de la phase de constitution du dossier dans deux départements (A et C) et les difficultés liées à ce rôle du CCAS dans les 4 autres départements. Comme pour la procédure à domicile, les CCAS n'ont pas été associés à l'élaboration du dispositif PSD et n'ont donc pas fait preuve d'un réel volontarisme dans ce rôle d'aide à la constitution du dossier. La démarche administrative est perçue comme complexe, et il peut même exister d'importantes confusions entre un dossier PSD et un dossier d'aide sociale, dont les conditions d'attribution sont pourtant différentes (département E). Comme pour la PSD à domicile, le CCAS n'est pas le seul lieu de retrait et de dépôt du dossier : le Conseil général mais aussi les établissements peuvent être sollicités.

L'instruction administrative est comme pour le domicile effectuée par les services des différents Conseils généraux. Il peut s'agir du même service (les départements A et E par exemple) ou du service spécifique des établissements (département F).

Des différences par rapport à la procédure PSD domicile

La présence de l'établissement et donc d'une triade d'acteurs (Conseil général, usager, établissement) introduit certaines différences. La place de l'établissement dans cette phase de constitution du dossier varie d'un département à l'autre, mais aussi d'un établissement à l'autre.

Si les établissements s'imposent comme les principaux interlocuteurs des usagers, tous ne souhaitent pas être associés à cette phase de constitution du dossier. La prise en

charge peut être totale, comme dans la Maison de retraite ou l'établissement non habilités visités dans le département E, ou nulle comme dans certains établissements visités en A, ou dans C. On peut noter que dans ces deux derniers cas, il s'agit de départements qui ont cherché à impliquer les CCAS dans le dispositif PSD, les établissements peuvent donc plus facilement se retirer de cette étape de la procédure.

Les motifs invoqués par les établissements pour expliquer cette volonté de retrait sont les mêmes dans les différents départements : les directeurs estiment que cette phase de la procédure n'est pas de leur ressort, et que c'est à la famille de remplir le dossier PSD, en s'adressant aux institutions compétentes, les CCAS et le Conseil général. Dans un des établissements d'A, la PSD a même été pour la structure l'occasion de mettre un terme au lourd travail de constitution des dossiers effectué jusqu'alors pour l'Aide sociale à l'hébergement.

Mais cela n'empêche pas certains établissements d'être très présents dans cette phase de constitution du dossier. Ainsi dans le département B, l'établissement est un lieu de retrait et de dépôt du dossier PSD. Les relations établies dès le début des années 1990 avec les établissements peuvent être un facteur explicatif de cette situation. Trois des quatre établissements rencontrés sont très actifs dans l'aide à la constitution. Dans les autres départements, l'implication est fonction de la politique du directeur de la structure.

On peut noter des différences domicile / établissement dans la procédure elle-même :

Dans le département E, l'instruction administrative se fait à partir du revenu imposable et non du revenu réel, ce qui joue en faveur du demandeur. Dans le département D, les conditions de ressources sont demandées dans la constitution du dossier mais ne sont apparemment pas prises en compte lors de l'instruction administrative des dossiers. Dans le département C enfin, l'instruction est moins rapide pour la PSD en établissement.

Les difficultés de cette phase de constitution du dossier

Outre la question de l'implication variable des CCAS, on peut retenir les questions suivantes :

- les freins à la demande de PSD : le recours sur succession et les conditions de ressources. L'enquête financière est un facteur dissuasif important, d'autant plus qu'il existe parfois une confusion entre dossier ASH et PSD, ce qui conduit à faire une recherche des obligés alimentaires dans le cadre de la PSD.
- le passage PSD domicile / PSD établissement peut poser certains problèmes puisqu'il se traduit par une baisse des sommes allouées. Le département E compte un certain nombre de recours des usagers quant à cette baisse des montants.

Évaluation de la dépendance

	Qui ?	Quelle démarche ?	Visite	Remarques
A	Établissement + médecin	Le personnel de l'établissement remplit la grille Le médecin coordonnateur se déplace en cas de problème	Visite du médecin conseil, 15 minutes environ. Discussion avec l'équipe.	Le partenariat EMS / établissement est réel
B	Avt jv, évaluation par l'AS, aujourd'hui, médecin	Le médecin procède à l'évaluation du GIR puis confronte sa grille à celle du personnel médical de l'établissement	Courrier	Véritable discussion entre l'établissement et les médecins pour l'évaluation du GIR. Renforcement du caractère médical de l'évaluation.
C	Médecin territorial.	Le médecin voit la personne âgée puis l'équipe. Version allégée de la grille AGGIR	Visite du médecin entre 10 et 20 minutes.	Fort demande de consultation de la part des équipes de soins. Evaluation exclusivement médicale pour des raisons financières. Pb d'organisation : le médecin ne prévient pas de sa visite.
D	Assistante sociale, infirmière et, depuis peu, médecin.	L'EMS voit la personne puis un membre de l'équipe de soins.	Courrier à l'établissement. La famille est prévenue.	Relations EMS / établissements sont jugées positives. Peu d'écarts GIR EMS / établissement.
E	Médecins et désormais infirmières de l'EMS	Le médecin / infirmière se présente au directeur puis voit la personne âgée.	L'établissement est informé. La visite dure environ 20 minutes.	Les tensions EMS / établissements existent en ces de non-respect de la démarche. Ex : visite sans prévenir l'établissement. Evaluation AS jugée insuffisante.
F	Les médecins de l'EMS.	Elle est fonction du médecin qui procède à l'évaluation. Il évalue seul et consulte l'équipe de soins après. Ou il évalue avec un membre de l'équipe de soins. La famille est présente parfois.	L'établissement est informé. La visite dure environ 45 minutes.	Le partenariat EMS / établissement est réel.

3. Procédure d'évaluation

Elle est déterminante dans le cas de la PSD en établissement, puisque la procédure de décision est plutôt administrative. Deux points principaux méritent d'être dégagés du tableau comparatif de l'évaluation dans les six départements de l'étude : le caractère médicalisé de la procédure d'évaluation ; les liens établissements - Conseils généraux.

Le caractère médicalisé de la procédure d'évaluation

Dans 5 des 6 départements, c'est le médecin de l'équipe médico-sociale ou l'infirmière (pour le département D et le département E) qui se déplace pour rencontrer la personne âgée dans l'établissement et procéder à l'évaluation de la dépendance à partir de la grille AGGIR. En outre, différents éléments repérés dans les départements vont dans le sens de cette domination du médecin dans le dispositif PSD en établissement : l'allègement de la grille AGGIR dans le département C, le mécontentement d'un des établissements du département E suite à une visite effectuée non pas par le médecin, mais par l'assistante sociale de l'EMS, l'évolution de la démarche d'évaluation dans le département B. Initialement, la procédure était semblable à celle du domicile (visite effectuée par l'assistante sociale, formulation d'un plan d'aide). Mais depuis janvier 2000, c'est un renforcement du pôle médical qui est constaté : la visite est effectuée par le médecin de l'équipe médico-sociale, qui confronte son évaluation à celle réalisée par le personnel médical de l'établissement. L'évolution de la démarche dans le département B se caractérise donc par un très net recul de la dimension sociale et environnementale de l'évaluation. Par ailleurs, il n'y a plus de réflexion en termes de plan d'aide.

Dans le dernier département, A, la grille AGGIR est remplie par le personnel de l'établissement (médecin, infirmière, aides soignantes...). Mais là aussi, c'est le caractère médical qui prévaut puisque c'est le médecin coordonnateur du Conseil général qui une fois par semaine examine les dossiers, calcule le Gir à partir de la grille remplie par les établissements et prend la décision finale.

Les liens établissements - Conseils généraux

La PSD en établissement introduit un nouvel acteur (l'établissement) qui est associé à la procédure dans les six départements. Cette participation est d'ailleurs jugée indispensable par les équipes soignantes des différents établissements rencontrés qui estiment être les mieux placées pour parler de l'état de santé de leurs résidants. On peut alors distinguer :

- Deux départements (A et B) où le partenariat est actif. Ainsi en A, ce sont des liens de confiance qui unissent le Conseil général aux établissements : le remplissage de la grille est effectué par le personnel des différentes structures, la grille est ensuite envoyée au médecin coordonnateur du Conseil général qui évalue le Gir à partir de ces grilles. Dans 80 % des cas, les dossiers sont examinés sur pièces ; dans 20% des cas, un médecin conseil se déplace. En outre, un contrôle du Gir sur échantillonnage a été effectué et a validé le remplissage de la grille dans 90 % des cas. Les 10 % restants se répartissant de la façon suivante : 5 % de sous-évaluation, 5 % de surévaluation. Dans le département B, le partenariat se caractérise par la confrontation systématique entre l'évaluation effectuée par l'établissement et celle du médecin du Conseil général.

On peut donc bien parler de partenariat actif, dans la mesure où l'établissement est un véritable acteur de l'évaluation, même si dans tous les cas, le Conseil général conserve son pouvoir de contrôle.

- Dans les quatre autres départements (F, C, D et E), le partenariat se développe et les établissements sont présents d'une manière ou d'une autre dans cette démarche d'évaluation. Les modalités de la consultation des équipes de soin par le médecin du Conseil général varient : évaluation par le médecin, puis discussion avec l'équipe ; évaluation par le médecin en présence de l'équipe. Mais la démarche diffère plutôt selon les médecins et les établissements plus que selon les départements. Si le partenariat n'est pas encore développé dans les six départements, c'est parce que les liens établissements - Conseil général n'étaient pas partout en place. Ainsi, dans le département E, le dispositif PSD a été, pour

le Conseil général, l'occasion de prendre contact avec des établissements jusqu'à peu connus des services du département et, plus simplement, de faire un inventaire des établissements du département (plus de 200 établissements, 11.000 places). C'est là toute la différence avec un département comme le département A qui, comme nous l'avons déjà précisé, a cherché dès 1995 à établir des liens avec les établissements du département et, par ailleurs, compte très peu d'établissements non habilités Aide sociale à but lucratif.

La rencontre Conseil général - établissements induite par le dispositif PSD entraîne aussi un certain nombre de difficultés. On peut en identifier deux principales : la grille AGGIR d'une part, la procédure d'autre part.

Dans les départements B et A, la grille AGGIR fait l'objet de discussions entre les établissements et le Conseil général, en ce qui concerne les questions liées à la cohérence et à la désorientation de la personne âgée. Ce sont ces variables qui font l'objet d'ajustements entre les deux partenaires.

Le non-respect de la procédure peut aussi être un motif important de tensions entre les établissements et le Conseil général. Ainsi, dans le département E, il est convenu que le médecin de l'EMS prenne contact avec l'établissement avant sa visite auprès de la personne âgée. Une visite sans passer par le directeur(trice) de l'établissement est alors très mal vécue par l'établissement qui estime ne pas être pris en considération. De même, dans le département C, il arrive que le médecin n'informe pas l'établissement de sa visite.

L'utilisation de la grille AGGIR

Le département peut être un facteur explicatif des différences d'utilisation de la grille AGGIR au sein des établissements. La formation à la grille varie en effet d'un département à l'autre :

- Dans certains départements, des formations ont été organisées de façon systématique, soit à l'initiative du Conseil général (A, D), soit de la Commission départementale de coordination médicale (F), soit à l'initiative d'autres institutions (CNAM, Fondation Nationale de Gérontologie dans E).

- En A, les établissements ont été confrontés à la grille AGGIR dès 1996, dans le cadre du dispositif de suivi des personnes âgées mis en place par le Conseil général. Les établissements remplissent pour chaque résidant une fiche d'inscription et une fiche de suivi, dont l'une des rubriques est précisément la Grille AGGIR.

Mais l'utilisation et la maîtrise de la grille sont aussi fonction de la politique et/ou de l'intérêt des établissements :

- Les établissements non habilités Aide sociale, qui ne peuvent pas bénéficier de l'ASH, ont intérêt, en termes de logique commerciale, à bien maîtriser le dispositif PSD. Ainsi l'un de ces établissements a fait de la PSD un argument financier pour assurer le remplissage de la structure.
- Certains établissements développent un véritable projet d'établissement autour de la dépendance des personnes âgées. À partir de quand cette question de la dépendance se pose-t-elle ? Comment la mesurer ? Comment y répondre ?

On peut donc distinguer deux types d'utilisation de la Grille AGGIR :

- **Une utilisation purement technique**, dans le cadre d'une demande de PSD ou de la réforme de la tarification. La grille est remplie par l'équipe de soins ou par le médecin du Conseil général, et le dossier classé.
- **Une utilisation comme outil interne de gestion et de suivi des résidents** :
 - la grille AGGIR permet alors d'évaluer la charge de travail de l'équipe. Elle peut alors induire en erreur dans la mesure où elle ne tient pas compte des troubles psychiques.
 - la grille AGGIR peut être un outil financier pour les établissements à but lucratif par exemple. Dans l'un d'entre eux, deux Gir sont établis par l'équipe de soins pour chaque résidant : un Gir "réel" utilisé dans le cadre de la PSD ou de la réforme de la tarification, un Gir "facturation" pour évaluer les besoins de la personne âgée et les différentes interventions en option dont elle peut bénéficier.
 - la grille AGGIR peut être un outil de suivi de la personne âgée. Elle peut alors être associée à d'autres outils (la grille ENSP dans B, la

grille Exton Smith dans le département C...), et s'inscrire dans un véritable projet de réflexion sur la dépendance.

Cette question de l'utilisation de la grille AGGIR pose aussi la question de la réforme de la tarification. C'est par anticipation de la réforme que les établissements s'intéressent à la grille AGGIR (dans le département B tout particulièrement), et le Gir Pondéré Moyen (GPM) établi dans le cadre de cette réforme constitue pour certains établissements un tableau de bord de la dépendance.

Attribution de la prestation

	Décision	Versement	Département à département	Remarques
A	Décision administrative. Notification par le bureau d'aide sociale.	Mensuel. Au départ, versée à la personne, aujourd'hui à l'établ. Double facturation.	PSD versée par le département d'origine.	Le médecin coordonnateur regrette que la PSD ne soit pas versée à la personne.
B	Au départ, une commission mais décision administrative depuis janvier 00.	Mensuel. Versement à l'établissement en déduction du prix de journée.		Le CG et les établissements estiment que le versement devrait couvrir les vrais besoins dans la logique du plan d'aide.
C	Décision administrative.	Trimestriel. Versement à l'établissement.	Peu de dossiers. Essentiellement 62 et Belgique. PSD versée par le département d'origine.	Beaucoup de fuites vers la Belgique pour les dépendances moyennes.
D	Décision administrative.	Mensuel	PSD versée par le département d'origine.	
E	Commission consultative hebdomadaire (même commission qu'à domicile)	Mensuel. Versement à l'établissement depuis le 1 ^{er} septembre 99. Double facturation.	PSD versée selon les modalités du département d'accueil.	Complexification du travail des services d'aide sociale (2 prestations et 2 conditions d'attribution différentes).
F	Décision administrative.	Mensuel. PSD en diminution de la facture d'hébergement.	Peu de dossiers. Régularisation après 3 mois ou demande de prise en charge immédiate.	

4. L'attribution de la prestation

Dans cinq départements sur six (E excepté), il n'y a pas de Commission d'attribution. La décision est donc administrative et fonction de l'évaluation du Gir, phase déterminante de la procédure en établissement. Dans le département B cependant, la procédure était au départ calquée sur la PSD à domicile : évaluation par une assistante sociale de l'EMS et commission de décision. Depuis janvier 2000, le département B a modifié sa procédure, en supprimant la Commission de décision jugée inutile pour le dispositif PSD en établissement.

Dans le département E, la Commission consultative qui rassemble l'ensemble des partenaires institutionnels (Conseil général, CRAMIF et CNAV) examine les dossiers PSD dans leur ensemble, domicile comme établissement. Il n'y a cependant pas de formulation de plans d'aide pour les prestations versées en établissement, sauf pour les foyers logement considérés comme du domicile par le Conseil général. Cette réunion hebdomadaire devient un lieu d'échanges entre les institutions sur les très nombreux établissements du département (plus de 200 établissements sont inventoriés, 11 000 places).

Le versement de la prestation se fait dans les six départements directement à l'établissement. Ce dernier soustrait le montant de la PSD à la facturation du séjour. Mais les modalités peuvent cependant être différentes. Ainsi dans le département E, il y a une double facturation : le Conseil général envoie à l'établissement le montant de la PSD qui est soustraite de la facture du coût du séjour renvoyée au Conseil général qui verse alors l'ASH si nécessaire. Dans le département A, la facture est envoyée au résidant et non au Conseil général.

Le versement directement à l'établissement ne va pas de soi dans tous les départements. En effet, les départements A et E avaient initialement adopté les mêmes modalités que pour l'ACTP et versaient la prestation directement à la personne.

Cette question du versement de la prestation se pose de façon particulière lorsqu'il y a passage d'un département à l'autre. Il s'agit bien sûr de cas minoritaires, mais qu'il est intéressant de signaler. Dans deux des six départements (A et D), la prestation est versée

par le département d'origine. Pour les autres, c'est le département d'accueil, c'est-à-dire où est implanté l'établissement qui verse la prestation. Les disparités territoriales peuvent alors être importantes : citons le cas du département E où les usagers cherchent à aller dans les établissements du département du Loiret, nettement moins coûteux, mais où les montants de PSD sont eux aussi beaucoup plus faibles.

La question de l'attribution de la prestation pose la question de **l'articulation entre la PSD et l'Aide sociale à l'Hébergement (ASH)**. Si le cumul des deux prestations est possible légalement, la pratique est un peu différente selon les départements et selon les établissements. Il faut opérer une nouvelle fois ici la distinction entre la logique du Conseil général et la logique de l'établissement.

La logique du Conseil général :

Dans cinq départements sur six, le principe du cumul des deux prestations fonctionne. Si une personne qui bénéficie de la PSD ne peut pas payer le coût de son séjour, elle peut faire une demande d'ASH. Deux départements (D et B) donnent la priorité à la PSD. Le département E souligne de son côté la complexité de gestion induite par la création d'une nouvelle prestation.

En A, le Conseil général refuse cette pratique d'une double prestation, présentée comme intimement complexe et illisible pour l'utilisateur. Chacune des prestations répond à des conditions d'attribution différente, les modalités de recours sont, elles aussi, différentes ce qui ne contribue pas à faciliter les choses pour les familles. La procédure adoptée dans le département A est donc la suivante : si la personne qui bénéficie de la PSD rentre dans les conditions d'attribution de l'ASH, le montant de la PSD est valorisé d'autant : nul besoin de remplir un nouveau dossier ou d'effectuer une nouvelle demande. Le plafond est celui de la PSD à domicile.

La logique de l'établissement :

L'articulation PSD / ASH varie aussi en fonction des établissements eux-mêmes. Les établissements n'ont pas toujours intérêt à s'investir dans un dispositif perçu comme complexe. Leur logique est parfois avant tout

financière : il s'agit pour les établissements publics d'être payés du coût du séjour. Que la prestation perçue par la personne s'appelle PSD ou ASH ne change rien pour les établissements. L'existence de deux prestations peut ainsi être perçue comme complexe et inutile. Les établissements non habilités à l'Aide sociale sont en revanche souvent très intéressés par la PSD puisqu'elle est l'unique possibilité d'aide à laquelle peuvent prétendre les résidents.

5. La procédure de suivi

Contrairement à la prestation à domicile où les choses étaient très formalisées avec la visite régulière si nécessaire de l'assistante sociale de l'équipe médico-sociale, cette dernière étape est très peu organisée dans les six départements. Seul le département E a présenté une démarche formalisée sur le modèle du dispositif à domicile avec la visite annuelle du médecin de l'EMS, mais en précisant que les choses n'étaient pas encore en place dans la pratique. Dans les autres départements, le suivi peut correspondre à la réactualisation des dossiers (F) ou faire suite à une demande de la famille ou de l'établissement lui-même, fortement impliqué puisqu'il est au plus proche de la personne âgée.

Conclusion

Nous essaierons d'apporter des éléments de réponse à deux questions récurrentes dans le cours de la réflexion menée : Y a-t-il un effet établissement ? Pourquoi un si faible taux de PSD en établissement ?

Y a-t-il un effet établissement ?

Nous avons été amenés à plusieurs reprises à préciser l'importance de l'établissement comme facteur explicatif des modalités du dispositif PSD, la question se pose alors de savoir si l'on peut ou non parler d'un « effet établissement ».

Nous ferons une distinction entre trois cas de figures.

Le premier correspond à ceux qui appliquent déjà une tarification liée au niveau dépendance et gagnent de nouveaux clients qui peuvent payer leur facture à l'établissement grâce à la PSD.

Le second cas est celui des établissements qui gèrent par des services distincts l'aspect financier et l'aspect médical. De ce fait, ils font traiter par leurs services sociaux les dossiers des personnes entrant dans les critères d'attribution de la prestation.

Le dernier cas est celui des établissements qui ont un prix de journée forfaitaire et qui sont généralement agréés à l'aide sociale. Ce dernier groupe semble le moins prêt à faire une demande spontanée de PSD, étant donné la faiblesse du bénéfice attendu.

Cet effet établissement n'est toutefois pas encore vérifié au niveau de tout notre échantillon d'établissements : le taux de PSD varie de 21 à 8 % selon les établissements dans le premier groupe (la différence provenant essentiellement des logements-foyers, considéré ou non comme du domicile). D'autre part, le taux de PSD en maison de retraite s'établit à un niveau supérieur à celui observé en service de soins de longue durée alors que notre hypothèse aurait laissé penser l'inverse.

Y a-t-il un effet « établissement » ?

<p>Ceux qui appliquent un tarif / à la dépendance pour le prix de journée et ne sont pas agréés pour l'aide sociale. Gagnent de nouvelles ressources Aident à la constitution du dossier (E, C)</p>	<p>Établissements privés lucratifs Logements foyers « maison de retraités » considérée comme domicile, mais avec services à la personne Privé (21,56 % de PSD) FL (8 % de PSD)</p>
<p>Ceux qui ont une organisation qui gère finances et soins par des circuits administratifs différents. Agréés.</p>	<p>Soins de Longue Durée - Maison de retraite en hôpital (10,7 de PSD)</p>
<p>Ceux qui ont un prix de journée forfaitaire et agréé aide sociale et reçoivent les bénéficiaires de l'Aide sociale.</p>	<p>Maisons de retraite agréées les plus critiques / PSD sont les « non-lucratifs (F » Surcroît de travail sans apport financier. (14% de PSD°</p>

S'il y a un effet établissement, il demande donc à être confirmé par une analyse plus fine.

Enfin, une autre caractéristique des établissements semble jouer un rôle essentiel, il s'agit de la personnalité des directeurs.

Pourquoi un si faible pourcentage de PSD en établissement?

Au terme de cette étude sur le dispositif PSD en établissement, il est possible de distinguer cinq principaux facteurs explicatifs du faible taux de PSD en établissement :

- **Le recours sur succession** : dans le département A, une importante montée en charge a été constatée suite à l'augmentation du plafond de récupération à 500 000 francs. Il

existerait donc un seuil psychologique au-delà duquel le principe même du recours sur succession ne constituerait plus un frein à la demande de PSD ? On peut par ailleurs noter que très peu de récupérations ont réellement eu lieu dans les différents départements de l'étude.

- **L'enquête financière** induite par les conditions de ressources. La simplification de la procédure relevée dans les départements E et D ne semblent pas être connue des usagers ou des établissements et n'a donc eu aucune conséquences sur le nombre de demande. En outre, il existe parfois une confusion au sein des CCAS entre l'ASH et la PSD qui entraîne une recherche d'obligés alimentaires lors d'une demande de PSD.

- **Le peu d'intérêt des établissements pour le dispositif PSD.** Nous l'avons souligné à plusieurs reprises, la présence de l'établissement dans le dispositif PSD en établissement introduit de nouveaux éléments par rapport à la procédure à domicile. Le volontarisme ou non-volontarisme de l'établissement apparaît au terme de cette étude comme un élément déterminant du nombre de demandes de PSD. Selon l'implication de la structure et le souci du directeur de suivre l'état de dépendance des résidents, donc de s'informer et d'informer sur la procédure PSD, le nombre de PSD n'est pas le même. Les établissements privés à but lucratif non habilités Aide sociale que nous avons rencontrés font preuve d'un réel investissement dans le dispositif PSD qui constitue la seule aide financière possible pour leurs résidents. Mais les établissements habilités peuvent aussi, dans le cadre d'un projet ou par souci d'anticipation de la réforme de la tarification, faire preuve de volontarisme par rapport à la PSD.

- **Les manques dans l'information.** On retrouve comme pour le domicile la question des difficultés d'informer la personne âgée sur la prestation.

- **La non-révision des stocks.** Il apparaît que, dans les six départements, les dossiers n'ont pas été révisés lors de la création de la PSD. Tous les résidents des établissements qui pourraient prétendre à la PSD n'en bénéficient donc pas systématiquement, particulièrement lorsqu'ils touchent l'ASH, et ne sont donc pas confrontés à des problèmes immédiats de solvabilité.

Annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien (2) : la PSD en établissement

Objectifs

Il s'agit de comprendre le rôle de chacun des acteurs concernés dans la genèse puis la mise en œuvre du dispositif et la nature des coordinations qui se sont établies entre les partenaires.

Il s'agit aussi d'analyser les problèmes que pose la création de la PSD aux départements et aux établissements.

Il s'agit enfin d'analyser les obstacles au développement de la PSD en établissement, et donc de donner des facteurs explicatifs de la faible proportion des bénéficiaires (6 % seulement).

Les entretiens

Nous avons prévu de visiter dans chacun des sites : une maison de retraite habilitée aide sociale, une maison de retraite non habilitée, un établissement long séjour et un foyer logement.

Pour chacun des sites, on peut prévoir :

- deux entretiens au Conseil général : un administratif et un médecin de l'EMS.
- deux (parfois 3) entretiens par établissement : un à deux administratifs et un membre du personnel (infirmière, auxiliaire de vie).
- un entretien à la DDASS.

Nous aurons ainsi pour chacun des sites une description du dispositif et une analyse de la pratique du dispositif et des difficultés rencontrées.

N.B.

Dans la grille ci-dessous :

Les questions en italique + gras concernent plus spécifiquement le Conseil général.

Les questions en italique concernent l'établissement.

Les questions et texte en caractère normal concernent tous les interlocuteurs.

1 L'INTERLOCUTEUR ET /OU L'ETABLISSEMENT

- Quelle est votre fonction / position ? Rôle dans dispositif PSD ?

- *Présentation de l'établissement : type d'établissement, établissement habilité/non habilité, statut juridique (hospitalier public, municipal, privé ...), quelle structure de gestion (budget autonome ou non).*

2 LA LOI DU 24 JANVIER 1997

2.1 Avant la loi

- Quel était votre mode de fonctionnement avant le dispositif PSD ? (ACTP en établissement)
- Quelles étaient vos attentes en termes de changement ?
- *Quelle était votre politique vis-à-vis des établissements avant le vote de la loi PSD ?*

2.2 La genèse du dispositif

- *L'établissement a-t-il été sollicité d'une manière ou d'une autre lors de la phase de définition du dispositif en 1997 ? Quel rôle ont joué les fédérations hospitalières et fédérations d'établissements ?*
- *Comment s'est passée la mise en place du dispositif PSD en établissement ?*
- *Quels partenaires avez-vous sollicité ?*
- *Le dispositif en établissement a-t-il été mis en place parallèlement à la PSD à domicile ou une fois la PSD à domicile mise en place ?*
- *Comment les tarifs ont-ils été établis ?*
- Quels changements la loi a-t-elle introduit ? Quelles adaptations ont été nécessaires ? Quels ajustements sont encore nécessaires ? Dans l'établissement et au Conseil général ?

3 LE DISPOSITIF D'OUVERTURE DE DROIT

Nous reprenons ici les différentes étapes d'attribution de la prestation en mettant l'accent sur les rapports entre l'établissement et le Conseil général. Nous n'avons plus comme dans la PSD à domicile, d'un côté des institutions (Conseil général, CRAM...) et de l'autre des bénéficiaires, mais des institutions et des bénéficiaires en établissement.

3.1 Information

- *Comment avez-vous organisé l'information sur le dispositif PSD en établissement ? Quels vecteurs ? Quels relais ?*
- *Au sein de l'établissement : comment les choses se sont-elles passées en 1997 ? Comment l'information est-elle organisée aujourd'hui ?*
- Cette diffusion de l'information au moment de la mise en œuvre de la loi en 1997 et aujourd'hui dans le cours de la procédure vous paraît-elle satisfaisante ? Dans quel sens les choses peuvent-elles être améliorées ? La procédure vous semble-t-elle parfaitement assimilée ?

3 2 Constitution du dossier

- Y a-t-il une procédure spécifique ?
- Lieu de retrait et de dépôt.
- Qui fait la demande de PSD ? L'établissement prend-il toute la procédure en charge ? Est-il l'intermédiaire entre le demandeur et le Conseil général ? Ou bien la famille doit-elle s'occuper de la constitution du dossier ?

- Quelles sont les difficultés rencontrées dans cette phase de constitution du dossier ?
- Les conditions d'attribution : la récupération sur succession/donation est-elle un frein à la demande de PSD en établissement ? Pourquoi ? Dans quel sens les choses peuvent-elles / doivent-elles être modifiées ?
- Quelle aide à la constitution du dossier ? Par qui ?
- Le cas particulier du passage PSD à domicile / PSD en établissement : quelles sont les modalités de ce passage du domicile à l'établissement ?

3 3 L'instruction administrative

- *Un dossier complet est-il nécessaire pour procéder à l'évaluation médico-sociale ?*
- *Les refus financiers (plafond de ressources) sont-ils nombreux ? Vous semble-t-il nécessaire de le modifier ?*
- *Le passage d'un département à l'autre : comment gérez-vous les demandeurs venus d'autres départements ? Sont-ils nombreux ? Quels problèmes cela pose-t-il ? Et les bénéficiaires PSD d'autres départements ? Leurs dossiers sont-ils intégralement réinstruits ? Selon quelles modalités ?*

3 4 Procédure d'évaluation

- *Quel est votre interlocuteur au conseil général ? Quel est votre interlocuteur au sein de l'établissement ?*
- *Comment se déroule l'évaluation ?* Qui effectue l'évaluation du GIR ? Selon quelles modalités ? La famille est-elle informée des objectifs et modalités de cette évaluation ?
- *La grille AGGIR est-elle adoptée strictement ou est-elle l'objet de certains ajustements comme pour la PSD à domicile ? La question du GIR 3 / GIR 4 est-elle un véritable enjeu ?*
- *Le GIR : Le GIR est-il utilisé au-delà de la PSD au sein de l'établissement ? Constitue-t-il une référence plus globale ? A-t-il un intérêt en interne ? Ou bien n'est-ce qu'une contrainte à finalité externe ?*
- *Quelle concertation* avec les différents intervenants auprès des personnes âgées : dans l'établissement ? (auxiliaire de vie, personnel de soins, personnel administratif...), hors de l'établissement ? (médecins, infirmières, aides ménagères...).
- *Quelle concertation* avec la famille ?
- *Quels rapports entretenez-vous (établissement) avec l'EMS du Conseil général ? / Quels rapports entretenez-vous (Conseil général) avec le personnel administratif d'une part, soignant d'autre part de l'établissement ?* Y a-t-il des difficultés particulières ?

3 5 L'attribution de la prestation

- *Les modalités de la décision d'attribution* : existe-t-il une instance de décision ? Quelle est sa composition ? L'établissement est-il représenté ?
- *Le processus de décision* : L'établissement intervient-il dans la prise de décision ? Quels sont les problèmes rencontrés dans cette phase de décision d'attribution ? (critères de sélection, arbitrage des cas difficiles...) Le Gir est-il discuté lors de ces réunions d'attribution ?
- *Quels sont les motifs de rejets* à cette phase là de la procédure ?

- L'usage du montant de la prestation : la PSD en établissement est-elle consacrée à un type de services particulier ou n'est-elle qu'une somme soustraite au montant global du coût mensuel de la prise en charge de la personne âgée en maison de retraite ? À qui est versée la prestation ?

- La question du surcoût : le montant maximum de la PSD ne couvrant pas l'ensemble des besoins, quelles sont les différentes possibilités de prise en charge du surcoût ? Quelle articulation entre la PSD et l'ASH ? Dans certains départements, il semble que la PSD soit refusée aux bénéficiaires de l'ASH, or dans la loi, les deux aides sont cumulables.

3 6 Suivi et ajustement des situations en fonction de l'évolution de la dépendance

- Le suivi : Par qui est-il assuré ? Vous paraît-il satisfaisant ? Est-il l'occasion de mettre en place une coordination institutionnelle et professionnelle ? Quels sont les liens établissement/EMS ?

- Qui décide des réajustements nécessaires ?

- Selon quelles modalités ? (La procédure est-elle reprise depuis le début ?)

4 LA PRISE EN CHARGE

Il s'agit de nous intéresser à la population de l'établissement interrogé. C'est aussi l'occasion de revenir sur certains points qui n'ont peut-être pas été abordés précédemment.

- *Part de PSD dans l'établissement.*

- *Répartition par Gir.*

- *Articulation ASH / PSD*

- *Au moment de la mise en œuvre de la loi, quelle était la part des personnes répondant aux critères PSD au sein de l'établissement ? Au moment de la mise en œuvre de la loi, l'établissement a-t-il procédé à une évaluation collective du Gir ? Le Gir est-il utilisé de façon plus globale, au-delà de la PSD ?*

- *Quelle a été la part des bénéficiaires de la PSD venus de l'extérieur (d'autres départements ? d'un autre établissement ? du domicile ?) ?*

- *Estimez-vous que tous ceux qui étaient susceptibles de bénéficier de cette prestation en ont bénéficié ?*

Annexe2 : les établissements visités

	Foyer logement	Maison de retraite	Non habilité	Long Séjour
Département A	3 structures gérées par une association regroupant 5 communes Pas de prix de journée 47 résidents 15 lits cure médicale 4 PSD, 3 ACTP	121 lits 28 personnes Aide sociale 93 payants dont 16 PSD, 5 ACTP	Une MARPA, logique du domicile. 19 résidents 4 PSD pas de prix J.(6232F environ à payer)	Centre de gériatrie 140 lits, 42 PSD. prix de j : 287,50f.
Département B	Géré par le CCAS 67 résidents loyer : 2 120f 2 PSD	Etabl. Public communal hospitalier 80 lits 80 lits 27 PSD	Association à but non lucratif 75 lits prix de j : 232f (partie ancienne) ; 240f (structure nouvelle)	Etabl. Public communal hospitalier 65 lits 17 PSD prix de j. : 223f
Département C	Etabl. Communal 80 places 19 lits cure médicale 7 PSD PSD à domicile	Etabl. Public autonome 60 lits en hébergement 15 lits section cure médicale 8 PSD 2/3 résidents Aide sociale	Etabl. Privé à but lucratif 74 chambres 12 tarifs différents en fonction de la dépendance. Plus de la moitié PSD	Centre situé sur deux sites 200 lits en long séjour et 300 lits en séjour 12 PSD 95 % aide sociale
Département D	Géré par CCAS 83 lits taux de médicalisation élevé	Etabl. public hospitalier 66 lits 90% aide sociale prix de j : 364, 50f	Etabl. privé à but lucratif SARL 88 lits dont 40 sections de cure médicale prix de j : 357f	Centre hospitalier 100 lits prix de j. : 282f
Département E	AREPA, non habilité aide sociale. 54 lits 8 PSD pas de prix de j. PSD à domicile	A l'origine foyer d'accueil pour rapatriés 87 lits 4 PSD 90% Aide sociale prix de j. : 303f	Etabl. privé à but lucratif. 84 lits 7 PSD prix de j. : de 385f à 448f	Etabl. hospitalier 105 lits 20 PSD
Département F	Association loi 1908, conventionnée par la CRAM. Foyer logement médicalisé 127 lits dont 60 de long séjour, 40 de cure médicale, 27 de soins courants. 6 PSD	102 lits dont 19 long séjour, 50 lits cure médicale, 5 hébergement temporaire 10 PSD	53 lits, dont 20 lits cure médicale. 0 PSD au moment de l'étude.	41 lits 6 PSD

Annexe 3 : les montants de PSD en établissement

	Gir 1	Gir 2	Gir 3
Département A	80 francs / jour	67,20 francs / jour	52,80 francs / jour
Département B	50 Francs / jour	40 francs / jour	30 francs / jour
Département C	103 francs / jour	91 francs / jour	69 francs / jour
Département D	50 francs / jour	35 francs / jour	25 francs / jour
Département E	50 % de l'ACTP : 2877,32 / mois (95 francs / jour)	45 % de l'ACTP : 2589,59 francs / mois (86 francs / jour)	40 % de l'ACTP : 2301,86 francs / mois (77 francs / jour)
Département F*	Entre 29 et 64 francs / jour	Entre 23 et 52 francs / jour	Entre 16 et 37 francs / jour

** Dans le département F, le forfait est fixé par le Conseil général selon le statut et le budget de l'établissement. Ce forfait établi par établissement est versé en intégralité, si le revenu de la personne bénéficiaire est inférieur au plafond légal ou partiellement, en fonction du dépassement du revenu par rapport au plafond.*

Conclusion générale

Au terme de cette étude sur le fonctionnement institutionnel et les modalités de mise en œuvre de la Prestation spécifique dépendance à domicile et en établissement, il est possible d'avancer trois types de facteurs explicatifs du faible taux de PSD versée en établissement et à domicile.

- Les conditions d'attribution de la Prestation posent problème à deux niveaux :

- La récupération sur succession / donation avancée comme un frein aux demandes de PSD : sur l'ensemble des sites et au cours des deux phases de l'étude, le facteur dissuasif que constitue la récupération sur succession a été évoqué. Cependant, il s'agit avant tout d'un frein d'ordre psychologique et symbolique. En effet, dans la pratique du dispositif, la récupération sur succession n'est que très peu répandue, et constitue en outre une procédure classique en matière d'aide sociale.
- Le plafond de ressources, perçu comme trop bas et excluant bon nombre de demandeurs potentiels est avancé de façon systématique par la grande majorité des interlocuteurs.

- Les problèmes liés à la grille Aggir

- La limitation aux Gir 1, 2, 3 : l'exclusion du Gir 4 et par-là même l'exclusion de bon nombre de bénéficiaires potentiels, ainsi que l'incertitude liée à la frontière Gir 3 / Gir 4 dans l'évaluation de la dépendance constitue un facteur explicatif supplémentaire du faible taux de PSD.
- La non prise en compte des problèmes de désorientation psychique.

- Les problèmes liés à la pratique du dispositif :

- Les conditions financières d'attribution de la prestation exigent la présentation d'un certain nombre de pièces justificatives de revenus, démarche souvent perçue comme une enquête financière et qui par-là même constitue un frein aux demandes de PSD.

- Les difficultés d'information sur / de compréhension du dispositif : dans le cas du domicile comme de l'établissement, les conditions et la procédure d'attribution du dispositif ne semblent pas bien assimilées par l'ensemble des acteurs concernés, qu'il s'agisse des usagers ou des partenaires institutionnels ou professionnels. L'étude a permis d'identifier quatre types de difficultés dans la diffusion de l'information :

- en premier lieu, cette information provient de sources diverses (travailleurs sociaux, médecins, administratifs, directeurs d'établissements, ...) aux points de vue pluriels.

- ensuite la compréhension du dispositif, perçu comme complexe
- par ailleurs, la difficulté à toucher certains acteurs clés comme les médecins généralistes.

- la continuité de l'action informative enfin, qui n'est par définition, jamais achevée. Ainsi il ne suffit pas d'informer l'utilisateur lors de son admission dans un établissement, encore faut-il aussi pouvoir repérer le moment où la personne âgée devient dépendante et donc bénéficiaire potentiel de la PSD.

- Le manque de motivation de certains partenaires :

- Les CCAS n'ont été sollicités que dans un deuxième temps, en tant qu'opérateur de la mise en œuvre du dispositif PSD. Ils ne mettent donc pas toujours tout en œuvre pour assurer le bon fonctionnement de la procédure.

- Les établissements d'accueil des personnes âgées n'ont pas non plus été associés à la phase d'invention du dispositif, et n'ont pas toujours d'intérêt à s'investir dans un dispositif souvent perçu comme complexe.

Ces différents modes d'organisation mis en évidence au cours de l'étude du dispositif PSD à domicile et en établissement dans six départements sélectionnés n'ont pas d'effet sur le nombre de prestations attribuées. Ils sont à comprendre comme une réponse élaborée et mise en œuvre localement, en fonction des contextes locaux. On ne peut donc pas identifier un mode d'organisation « meilleur » que les autres, au sens où il permettrait d'augmenter ou de diminuer le nombre de bénéficiaires.