

Cette étude sur la mise en œuvre de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) fait suite à une précédente sur la Protection spécifique dépendance (PSD) réalisée dans les mêmes six départements. Elle concerne uniquement l'Apa attribuée aux personnes âgées vivant à domicile et a eu lieu au premier trimestre 2003. Outre une comparaison des modalités de mise en œuvre de l'Apa dans les six départements enquêtés, il s'agissait de repérer les changements induits par ce nouveau dispositif. La simplification du dossier de demande et surtout les nouvelles conditions d'obtention de l'allocation ont provoqué une montée en charge rapide des demandes d'Apa à laquelle certains départements ont eu des difficultés à faire face. Par contre, les modalités d'évaluation du niveau de dépendance des personnes âgées par les équipes médico-sociales n'ont guère été modifiées, même si les modes de partenariats ont quant à eux souvent été révisés. La composition des équipes médico-sociales et des partenariats reste d'ailleurs variée. L'élaboration des plans d'aide donne plus ou moins lieu, selon les départements, à la prise en compte en amont des contraintes financières liées à l'Apa. Même si, dans son principe, le dispositif permet le financement d'une palette de services plus large que la PSD, les plans d'aide privilégient toujours le recours à l'aide à domicile, avec une priorité souhaitée, mais parfois difficile à mettre en œuvre, aux services prestataires. Quant aux commissions d'attribution, qui existent désormais dans les six départements, elles semblent plutôt exercer un rôle d'approbation et d'enregistrement. Enfin, si la coordination administrative entre aide-ménagère et Apa apparaît plus difficile dans certains départements qu'à l'époque de la PSD, les associations d'aide à domicile sont au contraire plus fréquemment associées à la mise en œuvre des plans d'aide.

Martine M. BELLANGER
et Blanche LE BIHAN-YOUINOU
LAPSS / ENSP

La mise en œuvre de l'Allocation personnalisée d'autonomie dans six départements

L'étude présentée ici concerne la mise en place de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) dans six départements. Elle fait suite à une précédente étude, achevée en 2000¹, portant sur la mise en œuvre de la Prestation spécifique dépendance (PSD) dans les mêmes sites. Ces territoires ont été sélectionnés en tenant compte d'une série de variables, dont la répartition par grande région géographique, la part de population de plus de 75 ans, le potentiel fiscal du département, etc. Cette étude, qui concerne uniquement l'Apa attribuée aux personnes âgées vivant à domicile, s'est déroulée au cours du premier trimestre 2003. À cette période, les modifica-

* Sous la responsabilité scientifique de Claude Martin (directeur de recherche CNRS), l'étude a été réalisée en collaboration avec François Bigot et Thierry Rivard (LERFAS), Armelle Debroye, Thomas Frinault, Alain Jourdain et François-Xavier Schweyer (LAPSS / ENSP).

1. Le Bas-Rhin, l'Essonne, l'Hérault, l'Ille et Vilaine, l'Indre et le Nord ; LE BIHAN Blanche, MARTIN Claude, SCHWEYER François-Xavier : « La Prestation spécifique dépendance en pratiques dans six départements », Drees, *Études et résultats*, n° 64, mai 2000.



La gestion de l'afflux des demandes dans les six départements étudiés

Destinée à bénéficier à un nombre beaucoup plus important de personnes âgées dépendantes, la mise en œuvre de l'Apa a conduit les conseils généraux à réorganiser leurs services et à recruter du personnel.

Pour faire face à la montée en charge des demandes d'Apa, plusieurs solutions temporaires ont été adoptées dans les six départements étudiés :

Le prolongement du versement des prestations antérieures – PSD ou Aide ménagère des caisses – inscrit dans les conventions entre les différents partenaires, a été une première solution pour gérer le flux de demandes.

Le recours à l'Apa forfaitaire, établi dans les textes de loi, est le premier moyen utilisé pour faire face à la montée en charge et répondre aux demandes dans un délai de deux mois.

Dans les départements C, D et E, le recours à l'Apa forfaitaire a été systématique à partir de l'été 2002. Pour éviter de verser la prestation à des personnes qui s'avèreraient finalement en Gir 5 ou 6, les médecins libéraux ont été sollicités dans les départements E et C. Ils remplissaient un questionnaire médical précis permettant d'exclure les personnes les plus autonomes du dispositif. Dans le département D, ce sont les associations qui ont joué ce rôle. Dans le département E, la prestation n'était versée qu'aux « primo-demandeurs », les bénéficiaires de la PSD ont quant à eux continué à toucher leur prestation. À l'inverse, les conseils généraux des départements A et B ont fait en sorte de ne pas utiliser l'Apa forfaitaire, le dispositif a été adapté de différentes façons pour accélérer la procédure de traitement des dossiers, et dans le département A, la procédure d'urgence a été utilisée. Dans le département F, les deux mesures – Apa d'urgence et Apa forfaitaire – ont été utilisées.

Le recours à l'Apa forfaitaire exige des conseils généraux de prendre des mesures afin de contrôler le dispositif. Le premier problème est celui de l'utilisation des sommes versées, les bénéficiaires n'ayant pas toujours compris le principe de l'Apa forfaitaire. Une fois la somme reçue, comment utiliser cet argent ? Les conseils généraux, doivent ainsi s'assurer que les sommes versées sont utilisées pour financer des services d'aide. Certains départements ont trouvé des modalités de suivi : dans le département D, une convention a été signée avec le pôle de services afin de déléguer aux associations le contrôle de l'effectivité de l'aide ; dans le département C, en revanche, il semble que le Conseil général n'a pas pu contrôler l'effectivité de l'aide.

Le deuxième problème soulevé lors des entretiens est celui de la récupération ou non des sommes versées et non utilisées ou des sommes versées alors que la personne âgée se voit attribuer une somme finalement inférieure aux 545 euros d'Apa forfaitaire. Cette question de la récupération ne devrait certes pas se poser puisque, selon la loi, l'attribution de l'Apa forfaitaire est de la responsabilité des conseils généraux. Pourtant, dans la pratique, les sommes non utilisées sont parfois récupérées notamment dans le département D ; dans les départements E et C, l'arbitrage politique sur la question était en cours au moment de l'étude.

Dans les six départements, la procédure de traitement des demandes Apa a été adaptée d'une façon ou d'une autre pour gérer la montée en charge :

- anticipation de la décision d'attribution (dans les départements A, B et F) : le plan d'aide est mis en œuvre dès la signature par la personne âgée. Les sommes sont avancées par les familles et remboursées ensuite sur justificatifs.

- sollicitation d'autres acteurs : renfort demandé aux travailleurs sociaux des caisses, même lorsqu'ils n'ont pas vocation à demeurer associés au dispositif (départements B et D) ; recrutement de personnel en vacance (département A) ; validation des évaluations effectuées par les associations (département D).

- Modification des principes de l'évaluation à domicile : augmentation du nombre de visites effectuées par jour dans tous les départements, évaluation du Gir par téléphone dans le département A, visite effectuée par un professionnel uniquement et non en binôme (département C), durée des visites plus courte.

Personnel recruté pour les équipes médico-sociales et les autres services du Conseil général, en équivalent temps plein (ETP), au 31/12/02

Département	Équipe médico-sociale	Autres services du Conseil Général	Total
A	- 5 médecins, - 11 travailleurs sociaux.	- 2 agents administratifs pour le CG, - 2 agents administratifs dans les CDAS.	20
B	- 2 travailleurs sociaux.	- 1 agent administratif, - 1 comptable.	4
C	- 1 médecin référent, - 21 infirmiers.	ND	ND
D	ND	ND	ND
E	- 1 médecin responsable, - 1 secrétaire, - 1 infirmier, - 9 travailleurs sociaux.	- 9 instructeurs.	21
F	- 7 médecins, - 5 secrétaires, - 7 travailleurs sociaux.	- 15 agents administratifs.	34

Source : Données statistiques départementales, Enquête Apa, Laps, Lerfas, janvier - mars 2003

tions de date d'ouverture des droits et des seuils d'attribution n'avaient pas encore été adoptées² et dans les départements, les difficultés d'organisation et de réponses liées à l'afflux des demandes n'étaient pas encore totalement résolues (encadré 1). Entre quinze et vingt entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès des principaux acteurs impliqués dans le dispositif (Conseil général, caisses de retraite, associations d'aide à domicile, centres locaux d'insertion et de coordination dans chacun des départements).

Plus étendue que la PSD à laquelle elle se substitue, l'Apa est attribuée aux personnes âgées de 60 ans ou plus dont la perte d'autonomie évaluée correspond aux niveaux des groupes iso-ressources (Gir) 1, 2, 3 et 4 de la grille nationale Aggir, grille comportant six niveaux de dépendance. L'intégration des personnes relevant du Gir 4, dont une part importante était bénéficiaire de l'aide ménagère à domicile (AMD) versée par les caisses de retraite, a pu, dans certains départements, remettre en cause les logiques de coopération développées par les institutions partenaires dans le dispositif de la PSD. Par ailleurs, l'Apa est proposée à toutes les personnes âgées dépendantes, quel que soit leur niveau de ressources, mais suivant un barème définissant la participation des usagers au-delà d'un certain seuil de revenu.

L'objet de cet article est de comparer les modalités de mise en œuvre de ce dispositif, à partir des monographies réalisées dans les six départements, et d'identifier les changements induits par le nouveau dispositif.

De l'information à la constitution des dossiers des usagers

Au moment de la PSD, cette première étape de la procédure d'attribution de la prestation posait de nombreux problèmes : difficultés pour faire connaître l'existence de cette nouvelle mesure aux bénéficiaires potentiels, mais aussi pour remplir un dossier de demande perçu comme complexe par les professionnels eux-mêmes. Ces problèmes ne sont plus

2. Loi n° 2003-289 du 31 mars 2003 et décret n° 2003-278 du 28 mars 2003.

posés de la même façon avec l'Apa. D'une part, les usagers connaissaient déjà l'existence d'une prestation attribuée aux personnes âgées dépendantes et avaient dans la plupart des cas identifié leurs interlocuteurs (les caisses de retraite, les conseils généraux, les centres communaux d'action sociale (CCAS)...); d'autre part, la procédure administrative de l'Apa a été simplifiée, facilitant ainsi les démarches de l'usager.

Un dossier de demande plus simple que celui de la PSD

Le dossier de demande est considéré par tous les acteurs comme plus simple que celui de la PSD. Les pièces justificatives exigées sont celles mentionnées dans la loi. Certains départements, comme E et F, ont même encore simplifié le dossier. Les dossiers sont disponibles auprès des conseils généraux. Dans trois des départements étudiés, D, E et F, ces derniers ont choisi de recentrer le dispositif autour de leurs services. Les centres communaux d'action sociale (CCAS), souvent très impliqués dans le dispositif de la Psd, ont ainsi vu leur responsabilité et leur charge de travail évoluer dans le cadre de la nouvelle allocation et n'ont été sollicités, avec les associations d'aide à domicile, que pour faire face à l'afflux des demandes. Dans les trois autres départements, la mobilisation des CCAS est ponctuelle et varie en fonction des diffi-

cultés rencontrés par les équipes médico-sociales. À ce niveau de la procédure, la sollicitation des centres locaux d'information et de coordination (Clic) n'a été mentionnée que dans le département A

Une information locale indispensable et largement diffusée

Dans l'ensemble des départements étudiés, l'information locale relative à l'Apa est venue préciser les objectifs et les modalités d'attribution de la nouvelle allocation. Celle-ci avait été découverte par un certain nombre de bénéficiaires potentiels et par le « grand public » grâce à la campagne d'information lancée au niveau national, notamment à travers les médias. Cette dimension nationale de l'information a favorisé une connaissance rapide de l'Apa et sans doute contribué à l'afflux de demandes. Toutefois, certaines émanaient d'usagers ou de leurs familles qui avaient pu mal comprendre ou surestimer les niveaux de la prestation; ils pensaient, par exemple, avoir droit automatiquement au montant financier le plus élevé associé à un Gir donné, sans tenir compte du plan d'aide ni du principe du ticket modérateur. Le développement d'une information au niveau local s'est ainsi avéré indispensable. Comme dans le cas de la Psd, elle a concerné à la fois les usagers et les professionnels. Dans la plupart des départements, les conseils généraux ont diffusé l'information à

travers leurs revues ou en éditant des plaquettes d'information spécifiques. Les médias locaux ont été sollicités, en particulier dans le département C. De plus, l'information a été relayée par les partenaires institutionnels comme les caisses de retraite, les CCAS, les services d'aide à domicile et les établissements accueillant des personnes âgées. Enfin, de nombreuses réunions d'information ont été organisées à la fois pour les usagers et pour les professionnels.

Une montée en charge de l'Apa beaucoup plus rapide que celle de la PSD, d'où des délais d'instruction administrative plus longs

Dès la première année, la nouvelle prestation a touché, en France, départements d'outre-mer compris, quatre fois plus de personnes âgées que la Psd : 605 000 bénéficiaires de l'Apa fin 2002 contre 156 000 bénéficiaires de la PSD fin 2001. Cette diffusion se fait de manière différente selon les départements (tableau 1). Ainsi, selon les données de la Drees, le passage de la Psd à l'Apa concerne deux fois plus de personnes âgées dans les départements C et E, quatre à cinq fois plus dans les départements A, B et D et près de neuf fois plus dans le département F.

Par ailleurs, le dépôt des demandes a été plus ou moins concentré dans le temps. Dans le département F, les deux tiers des demandes de l'année 2002 sont déposées au cours du seul premier trimestre; dans les départements D et E, ce sont la moitié des demandes; dans le département C, après 9 500 demandes au premier trimestre, le Conseil général en reçoit encore 18 000 entre avril et juin 2002.

La loi prévoit un délai de deux mois pour le traitement des demandes, mais l'afflux des demandes a été tel au cours des premiers mois que ces délais ont été largement dépassés: dans les six départements de l'étude, ils sont effectivement passés de deux mois à cinq ou six en moyenne, voire à un an dans le département C, où la situation n'est pas encore stabilisée. À cet afflux des demandes se sont ajoutées des difficultés de gestion administrative liées à la procédure d'attribution elle-même (encadré 1).

T 01 montée en charge de l'APA au cours de l'année 2002

Département	Nombre de bénéficiaires de la PSD fin 2001	Nombre de demandes d'APA déposées (1) au cours de l'année 2002				Nombre de bénéficiaires de l'APA (2) fin 2002
		au 31 mars	au 30 juin	au 30 septembre	au 31 décembre	
A	2 638	2 910	5 192	6 538	7 817	9 943
B	980	NR	NR	NR	4 758	4 676
C	6 567	9 544	27 476	33 623	37 001	15 738
D	2 366	9 171	13 292	15 831	17 989	12 989
E	1 307	5 305	7 721	9 011	10 189	2 222
F	969	10 037	12 194	14 032	15 514	8 542

(1) Les demandes déposées ne concernent que les personnes âgées vivant à domicile ou dans un établissement n'ayant pas opté pour l'expérimentation de la dotation globale.

(2) Le nombre de bénéficiaires de l'APA fin 2002 est le nombre total de bénéficiaires, y compris en établissement faisant l'expérimentation de la dotation globale.

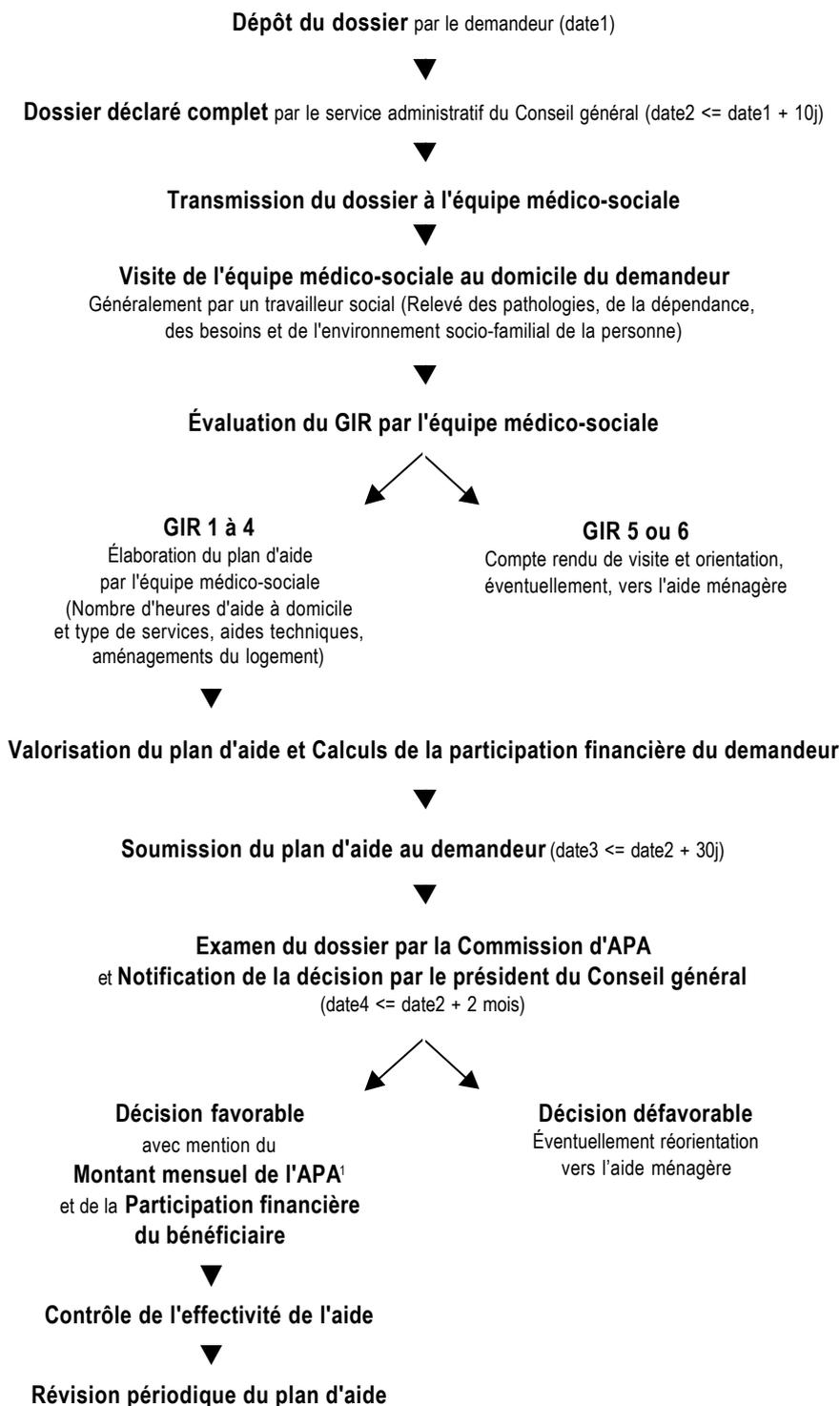
NR = non réponse

Source : enquête trimestrielle de la Drees auprès des conseils généraux



E-2

L'APA à domicile : étapes de la procédure de la demande à la décision*



1. Plan d'aide valorisé réduit de la participation financière, éventuelle, à la charge du bénéficiaire = aide en personnel (nombre d'heures d'aide à domicile et type de services) et autres aides (aides techniques et aménagements du logement).

* Extrait de KERJOSSE Roselyne : « L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 mars 2003 », Drees, *Études et Résultats* n° 245, juin 2003.

L'évaluation du niveau de dépendance des personnes âgées et la formalisation du plan d'aide

Une fois les dossiers considérés comme complets, ils sont transférés aux équipes médico-sociales chargées d'évaluer la perte d'autonomie et de proposer un plan d'aide adapté aux besoins identifiés (encadré 2).

La mise en œuvre de l'Apa n'a globalement pas modifié les modalités d'évaluation du niveau de perte d'autonomie par les équipes médico-sociales. Toujours effectuée dans le cadre de visites au domicile de la personne âgée, elle vise à identifier ses besoins afin d'élaborer, en concertation avec la famille, le plan d'aide qui paraît le plus adapté à la situation. Les relations entre les membres des équipes médico-sociales, d'origines professionnelle et parfois institutionnelle différentes, sont aujourd'hui bien établies. Médecins et travailleurs sociaux des caisses et des conseils généraux ont appris à travailler ensemble et à mobiliser leurs compétences respectives. Cependant, les modalités concrètes de ces partenariats varient d'un département à l'autre, sur le plan professionnel, comme sur le plan institutionnel. Par ailleurs, les nouveaux principes de financement des plans d'aide, instaurant un montant maximum à chaque niveau de Gir³ introduisent de nouvelles logiques dans la formulation du plan d'aide.

Les équipes médico-sociales : des compositions et des partenariats variés

Concernant les professionnels de santé, les conseils généraux n'ont par exemple pas toujours fait les mêmes choix de recrutement. Les départements A et F ont recruté exclusivement des médecins. D'autres, comme les départements B, C et E, complètent l'équipe en recourant à des infirmiers même si, dans tous les cas,

3. Au 1^{er} janvier 2003, les montants des plans d'aide pour les personnes à domicile sont plafonnés au niveau national à 1 106,77 euros pour un Gir1, 948,66 euros pour un Gir 2, 711,50 euros pour un Gir 3 et 474,33 euros pour un Gir 4 .



c'est le médecin qui supervise l'ensemble de l'équipe. Le département D constitue un cas particulier. Aucun médecin n'a été affecté à l'équipe médico-sociale, mais seulement des infirmiers, ce qui limite la dimension médicale de l'évaluation (tableau 2).

S'agissant des professionnels du social, il s'agit, soit de travailleurs sociaux spécialisés qui s'occupent exclusivement de l'Apa comme dans le département E, soit de travailleurs sociaux polyvalents comme dans les départements A et B. Le département C se singularise toutefois en faisant appel non pas à des travailleurs sociaux mais aux « instructeurs itinérants », anciens contrôleurs des lois, préalablement en poste dans le cadre de la PSD.

Le partage des tâches entre professionnels de la santé et professionnels du social varie en outre d'un département à l'autre. Deux types de situation ont pu être identifiés :

- La première se caractérise par la polyvalence professionnelle des équipes médico-sociales. Ainsi, dans le département D, les professionnels de santé et du social effectuent les mêmes tâches, sans division particulière du travail au sein des équipes médico-sociales.

- La seconde est celle d'une complémentarité des pratiques entre les professionnels (départements A, B et F). Les médecins et les travailleurs sociaux ont chacun un rôle spécifique, l'évaluation médicale étant distincte de l'évaluation sociale. Dans ces trois départements, le médecin intervient systématiquement dans cette phase d'évaluation, ce qui lui confère une dimension médicale importante. Dans les départements C et E, la complémentarité des approches médicale et sociale est également mise en avant, dans le département C, les visites doivent être effectuées en binôme et, dans le département E, le médecin est sollicité en cas de problème médical particulier. Mais il faut noter que les binômes ne fonctionnent pas toujours dans le département C et que le médecin n'intervient pas de façon fréquente dans le département E.

Les relations établies avec les médecins libéraux varient également selon les contextes locaux. Ces derniers sont con-

T 02 les équipes médico-sociales : composition, organisation et partenariats
entre les acteurs dans les six départements étudiés

Département	Composition	Organisation	Partenariat institutionnel	Partenariat professionnel
A	<ul style="list-style-type: none"> • 10 médecins, • 17 travailleurs sociaux du Conseil général, • 37 travailleurs sociaux de la Mutualité sociale agricole (MSA) et des autres Caisses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Binômes médecin/travailleur social, • 15 secteurs gérontologiques, • 1 Travailleur social référent / secteur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fort. • Évaluation par les travailleurs sociaux des Caisses et du Conseil général, quelque soit l'appartenance du demandeur. • Réunion d'équipe. • Concertation avec Associations en fonction des secteurs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fort (complémentarité professionnelle). • Concertation informelle pour déterminer le plan d'aide.
B	<ul style="list-style-type: none"> • 2 médecins, • 7 travailleurs sociaux et 2 infirmiers du Conseil général, • 4 travailleurs sociaux de la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) (1 équivalent temps plein). 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 travailleur social ou 1 infirmier chargé d'un secteur. • Mais centralisation de l'équipe médico-sociale du Conseil général. 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficile (problèmes d'organisation du travail). • Travailleurs sociaux de la CRAM sont intégrés aux équipes médico-sociales, mais travail en équipe insuffisant. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fort (complémentarité professionnelle). • Concertation informelle quotidienne entre les médecins, les travailleurs sociaux et les infirmiers du Conseil général. • Réunion d'équipe hebdomadaire.
C	<ul style="list-style-type: none"> • 5 médecins, • 11 instructeurs itinérants, 39 infirmiers, travailleurs sociaux de la CRAM (21 équivalent temps plein [ETP]) et MSA (1,6 ETP). 	<ul style="list-style-type: none"> • Binômes territorialisés mais centralisation au sein du Conseil général. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fort. • Travailleurs sociaux de la CRAM participent aux évaluations. 	<ul style="list-style-type: none"> • Variable (diversité professionnelle). • Possible dans les binômes associant Travailleurs sociaux/infirmiers. • Difficile entre instructeurs itinérants et infirmiers.
D	<ul style="list-style-type: none"> • Travailleurs sociaux (NR), • Infirmiers (pas de médecins). 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 équipes territorialisées et autonomes (gestion décentralisée). 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Concertation entre travailleurs sociaux et infirmiers au sein de chaque secteur. • Coordination entre le médical et le social souhaitée mais jugée insuffisante (pas d'infirmier dans toutes les équipes d'évaluation).
E	<ul style="list-style-type: none"> • 3 médecins, • 3 infirmiers, • 15 travailleurs sociaux. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 équipes territorialisées et autonomes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fort (complémentarité professionnelle) • Échanges informels et réunion d'équipe hebdomadaire.
F	<ul style="list-style-type: none"> • 2 médecins responsables, • 13 médecins (7 ETP), Travailleurs sociaux du Conseil général de la CRAM et de la MSA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions sectorisées mais une seule équipe centralisée du Conseil général. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fort. • Travailleurs sociaux des caisses participent aux évaluations. • Réunion technique avec les travailleurs sociaux CRAM et MSA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fort (complémentarité). • Échanges informels entre les travailleurs sociaux et le médecin.

Les demandes déposées ne concernent que les personnes âgées vivant à domicile ou dans un établissement n'ayant pas opté pour l'expérimentation de la dotation globale.

NR = non renseigné

Source : Données statistiques départementales, Enquête Apa, Lapss, Lerfas, janvier - mars 2003



sultés de façon systématique dans deux départements (B et F) au moment de l'évaluation du niveau de perte d'autonomie. À l'inverse, les relations semblent moins établies dans les départements A et C. Un certificat médical du médecin traitant figure toutefois dans les dossiers de demande d'Apa dans tous les départements et c'est à partir de ce document que le médecin de l'équipe médico-sociale détermine le Gir de la personne âgée dans le département B. Dans les départements qui ont eu recours à l'Apa forfaitaire pour faire face à l'afflux des demandes, les médecins libéraux ont été sollicités afin de remplir un questionnaire, permettant aux conseils généraux de distinguer les personnes qui pourraient en première analyse bénéficier de l'Apa (Gir 1 à 4) de celles qui relèvent de l'aide ménagère (Gir 5 et 6).

Des partenariats institutionnels souvent modifiés

Sur le plan institutionnel, il faut distinguer les départements où les pratiques partenariales établies au moment de la PSD ont été modifiées (B et D), de ceux où le partenariat a été poursuivi au sein des équipes médico-sociales, même si les caisses ou les conseils généraux ont été amenés à prendre de nouvelles orientations (A, C et F).

- Dans deux départements (B et D), le partenariat existant a été modifié. Dans le département D, le Conseil général a fait le choix de gérer seul la nouvelle allocation et de recourir exclusivement au personnel de ses propres services, sans associer de personnel de la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) au travail des équipes

médico-sociales. À l'inverse, dans le département B, les assistantes sociales de la CRAM, présentes dans le cadre du dispositif de la Prestation expérimentale dépendance (PED), mais absentes du dispositif PSD, participent à nouveau à l'évaluation médico-sociale dans le cadre du dispositif de l'Apa.

- Dans trois départements (A, C et F), la collaboration entre le personnel des caisses et celui du Conseil général, souhaitée au moment de la PSD, perdure au sein des équipes médico-sociales. Sur le terrain, le partenariat institutionnel est fort dans la mesure où les travailleurs sociaux des caisses participent toujours directement à l'évaluation des besoins des personnes âgées. Mais dans les trois départements, l'Apa a modifié les relations entre les deux partenaires institutionnels. Par exemple, dans le département A, la CRAM s'interroge sur son positionnement dans le nouveau dispositif. Le département C, qui s'était beaucoup appuyé sur l'expérience de la CRAM au moment de la PSD, maîtrise désormais directement le dispositif tout en maintenant la participation des assistantes sociales de cette caisse aux évaluations.

- Dans le département E, la situation reste inchangée par rapport à la PSD, les travailleurs sociaux des caisses n'étant pas membres des équipes médico-sociales, avec un partenariat institutionnel faible.

Les visites d'évaluation : entre une et deux visites pouvant associer la famille

Dans les six départements étudiés, des visites⁴, d'une durée moyenne d'une heure à une heure et demi, sont organisées au domicile de la personne âgée afin d'évaluer son niveau de perte d'autonomie et de déterminer ses besoins d'aide. Mais l'organisation et le déroulement de ces visites varient une nouvelle fois d'un département à l'autre (tableau 3).

4. Nous avons effectué, en observateurs passifs, deux à quatre visites dans cinq des six départements de l'étude. Le suivi de ces visites complète très utilement les entretiens et donne des informations précises et concrètes sur les échanges avec la famille, la façon dont le Gir est évalué, dont le plan d'aide est composé et à quel moment il devient définitif.

T 03 la visite au domicile de la personne âgée : présentation générale

Département	Modalités	Outils	Personnes présentes
A	<ul style="list-style-type: none"> • Double visite pour l'évaluation. • Deuxième visite du travailleur social pour la signature du plan d'aide. • Durée de visite du travailleur social variable : 30 mn. - 1h00. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dossier « évaluation des besoins » : grille Aggir, annotations, plan d'aide. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes qui ont été prévenues par la personne âgée (famille, aide à domicile ...) si elle le souhaite.
B	<ul style="list-style-type: none"> • Visite effectuée par le travailleur social ou infirmier. • 1h -1h30. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dossier « enquête médico-sociale » : items, annotations, plan d'aide. • Projet d'informatisation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes proches prévenues par l'équipe médico-sociale. Sont souvent présentes.
C	<ul style="list-style-type: none"> • Visite effectuée par binôme travailleur social/infirmier ou instructeur itinérant/infirmière. • Durée très variable : 10 min. - 1h30. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordinateur pocket. 	<ul style="list-style-type: none"> • Membres de la famille prévenus par personne âgée. • Médecin et aide à domicile rarement présents.
D	<ul style="list-style-type: none"> • Visite effectuée par le travailleur social ou l'infirmier. • Durée 1h -1h30. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dossier d'appréciation des besoins + grille Aggir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Membres de la famille prévenus par la personne âgée.
E	<ul style="list-style-type: none"> • Visite effectuée par le travailleur social. • Infirmier uniquement quand pathologie lourde (Alzheimer). • 1h -1h30. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grille Aggir + fiche de plan d'aide. • Informatisation en cours. 	<ul style="list-style-type: none"> • Membres de la famille prévenus par la personne âgée
F	<ul style="list-style-type: none"> • Double visite : d'abord médecin, puis le travailleur social. • Durée : 1h - 2h. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grille Aggir pour médecin. • Dossier évaluation des besoins + plan d'aide pour le travailleur social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Membres de la famille présents (démarche du travailleur social). • Parfois le médecin traitant (médiateur).

Source : Données statistiques départementales, Enquête Apa, Lapss, Lerfas, janvier - mars 2003



Dans les départements A et F deux visites sont effectuées, l'une par le travailleur social, l'autre par le médecin. Ce dernier procède à l'examen clinique de la personne âgée, afin d'identifier les pathologies dont elle souffre et d'en mesurer l'impact sur son degré d'autonomie. Il remplit la grille Aggir et évalue ainsi le Gir du demandeur. De son côté, le travailleur social estime les besoins de la personne âgée en s'attachant aux difficultés de sa vie quotidienne et au soutien apporté par ses proches. L'insertion de la personne dans un réseau familial et social ou, à l'inverse, son isolement sont des éléments essentiels pour déterminer le plan d'aide. Cette double visite nécessite une bonne coordination entre les deux professionnels qui doivent décider ensemble du plan d'aide proposé. Au moment de la mise en place de l'Apa, cela a d'ailleurs posé des problèmes aux professionnels des équipes médico-sociales qui avaient des difficultés, étant donné leur charge de travail, à coordonner leurs interventions.

Dans les autres départements, une seule visite est effectuée. Celle-ci est réalisée soit par le travailleur social soit par l'infirmier dans les départements B, D et E. Dans le département C, il n'y a qu'une visite, mais effectuée, en principe, en binôme, par l'infirmier ou l'instructeur itinérant du Conseil général et l'assistante sociale des caisses.

Le même type d'évaluation est pratiqué dans les six départements. Les évaluateurs disposent d'un dossier comportant une grille d'évaluation des besoins - qui peut reprendre la grille Aggir - et d'une fiche de plan d'aide. La différence réside dans l'informatisation ou non de cette démarche. Dans le département C, les évaluateurs sont équipés d'ordinateurs. La démarche est en cours dans le département E et en projet dans le département B. L'utilisation du support informatique au moment de la visite de la personne âgée n'est pas toujours appréciée par les travailleurs sociaux (département E). L'informatisation, prévue dans le département B, suscite la crainte d'une pratique d'évaluation moins centrée sur l'écoute des personnes ou sur l'observation de leur situation.

Comme pour la PSD, la présence de la famille n'est pas systématique au moment de la visite. Dans quatre départements - A, C, D et E - cela dépend plutôt de la personne âgée puisque c'est à elle de contacter ses proches si elle le souhaite. Les évaluateurs des départements B et F suivent la même démarche qu'au moment de la PSD, et informent la famille de la date de la visite. La présence d'un proche y apparaît appréciée, la personne âgée n'ayant pas toujours le recul nécessaire par rapport à sa propre situation et pouvant juger inutile certaines interventions, par souci de ne pas paraître trop dépendante. Cependant, si les membres de la famille ne sont pas présents de façon systématique dans les autres départements, cela ne signifie pas qu'ils ne soient pas consultés, le travailleur social prenant lui-même les contacts qu'il juge utiles afin de compléter son évaluation.

Dans les six départements, les visites sont conçues comme un moment privilégié pour informer la personne âgée, à la fois sur l'Apa et sur les services auxquels elle peut prétendre. L'équipe médico-sociale lui présente l'ensemble des aides possibles, même si le plan d'aide finalement décidé ne permet pas de toutes les envisager. Elle explique aussi le rôle des aides à domicile et les tâches que celles-ci peuvent effectuer. La visite est donc aussi un moment de discussion, voire de négociation avec la famille sur le besoin d'aide.

L'élaboration des plans d'aide : une prise en compte plus ou moins immédiate des contraintes financières

La formulation du plan d'aide repose sur une évaluation individualisée des besoins de la personne âgée. Elle est toutefois encadrée par les règles de l'Apa qui prévoient un plafond d'aide associé à chacun des niveaux de Gir. Selon les interlocuteurs rencontrés dans les six départements, ce principe remet en cause la souplesse d'élaboration du plan d'aide qu'autorisait la PSD. Cela est tout particulièrement vrai pour les Gir 4, groupe hétérogène qui recouvre une diversité de situations, dont certaines exigeraient, selon les interlocuteurs interrogés, un nombre d'heures supérieures aux 35-40h (en fonction du service et des tarifs) que per-

met le plafond de 474 euros. À l'inverse, une personne évaluée en Gir 1 peut avoir besoin d'un nombre d'heures de présence beaucoup moins important alors que l'existence du plafond peut inciter les évaluateurs à s'en rapprocher. L'existence d'un plafond renforcerait à cet égard la logique financière associée à la formulation du plan d'aide.

Dans les départements A, B et F, l'élaboration initiale des plans d'aide tente de privilégier une logique de besoins (tableau 4). Les professionnels qui procèdent à l'évaluation des besoins n'étant pas les mêmes que ceux qui déterminent le Gir, il existe nécessairement un temps de concertation et d'ajustement. Le travailleur social ne connaît d'ailleurs souvent pas le niveau du Gir de la personne âgée au moment de l'évaluation de ses besoins (dans les départements B et F). Bien sûr, cela n'empêche pas dans la pratique une estimation par le travailleur social du niveau de dépendance de la personne âgée au moment où il réfléchit à ses besoins et par là-même, une anticipation du coût du plan d'aide. Le dispositif demeure toutefois fondé sur une distinction très forte des deux moments.

Dans les trois autres départements, le Gir et le plan d'aide sont déterminés par le même membre de l'équipe médico-sociale au moment de la visite au domicile de la personne âgée. Il peut bien sûr finaliser le plan d'aide après la visite, ce qui permet des ajustements, mais il n'est pas rare que le plan d'aide soit signé en fin de visite. La simultanéité des deux moments, évaluation du Gir et plan d'aide, introduit une prise en compte immédiate des contraintes financières.

Un recours toujours dominant à l'aide à domicile

L'Apa permet dans son principe le financement d'une palette de services plus larges que la PSD : les travaux d'aménagement du logement, l'hébergement temporaire, la téléalarme, les fournitures pouvant désormais être financées dans ce cadre. La variété des services proposés est perçue comme une bonne chose dans les départements étudiés, mais il apparaît dans la pratique difficile de prendre en charge les aides techniques lourdes, dont le coût conduirait à réduire le volume de l'aide humaine par ailleurs jugée



T
•04

la démarche d'évaluation médico-sociale

Département	Détermination du GIR	Élaboration du Plan d'aide
A	<ul style="list-style-type: none"> Par le médecin (visite). Avant ou après visite du travailleur social. 	<ul style="list-style-type: none"> Par le travailleur social. Proposé au cours de la première visite, re-précisé et signé au cours de la deuxième visite après concertation avec le médecin.
B	<ul style="list-style-type: none"> Par le médecin, à partir du dossier médico-social du travailleur social et du questionnaire rempli par médecin traitant. Toujours après la visite du travailleur social. 	<ul style="list-style-type: none"> Par le travailleur social. Négocié avec la famille, puis discuté avec le médecin du Conseil général, puis envoyé pour signature.
C	<ul style="list-style-type: none"> Par le travailleur social, l'infirmier ou l'instructeur itinérant qui effectue la visite. 	<ul style="list-style-type: none"> Par le binôme travailleur social /infirmier. Finalisé dans une réunion de concertation. Envoyé pour signature.
D	<ul style="list-style-type: none"> Par le travailleur social ou l'infirmier, après la visite effectuée au domicile de la personne âgée. 	<ul style="list-style-type: none"> Par le travailleur social ou l'infirmier. Discussion au cours de la visite, puis finalisation avec connaissance du Gir, puis courrier envoyé à la personne âgée pour signature.
E	<ul style="list-style-type: none"> Par le travailleur social et validé par le médecin ou l'infirmier au moment de la visite. 	<ul style="list-style-type: none"> Par le travailleur social. Proposé et parfois même signé lors de la visite. Peut aussi être revu au moment de la réunion d'équipe hebdomadaire.
F	<ul style="list-style-type: none"> Par le médecin (visite) avant le passage du travailleur social. 	<ul style="list-style-type: none"> Par le travailleur social de la CRAM ou du Conseil général pour les Gir 1-4 seulement. Discuté au moment de la visite, puis finalisé (concertation du médecin par téléphone), envoyé à la personne âgée pour signature.

Source : Données statistiques départementales, Enquête Apa, Lapss, Lerfas, janvier - mars 2003

indispensable. Les équipes médico-sociales privilégient donc toujours dans les plans qu'elles élaborent les heures d'aide à domicile. Cependant, certaines aides techniques jugées nécessaires peuvent être intégrées au plan d'aide, avec ensuite une discussion avec la famille pour lui en faire accepter le financement, lorsque cela est possible (dans le département A par exemple). Les aides plus légères et moins coûteuses comme la téléalarme, l'installation de barres d'appui, le portage de repas sont généralement mentionnées dans le plan d'aide, le surplus financier, lorsqu'il y en a, étant là aussi à la charge de la famille.

Le type de services auxquels il est proposé à la personne âgée de recourir est examiné au moment de la formulation du plan d'aide, en concertation avec la famille et parfois, de manière informelle, avec les associations d'aide à domicile. En effet, les liens informels entre les équipes médico-sociales qui pratiquent l'évaluation et les associations d'aide à domicile implantées sur le secteur ont tendance à se développer, en particulier dans les départements A, B et D. Les aides à domicile qui interviennent déjà auprès de la personne âgée sont souvent consultées afin de préciser sa situation et ses besoins. Certaines associations revendiquent toutefois une implication plus officielle dans la procédure d'évaluation.

Le recours aux services prestataires, une priorité difficile à mettre en œuvre

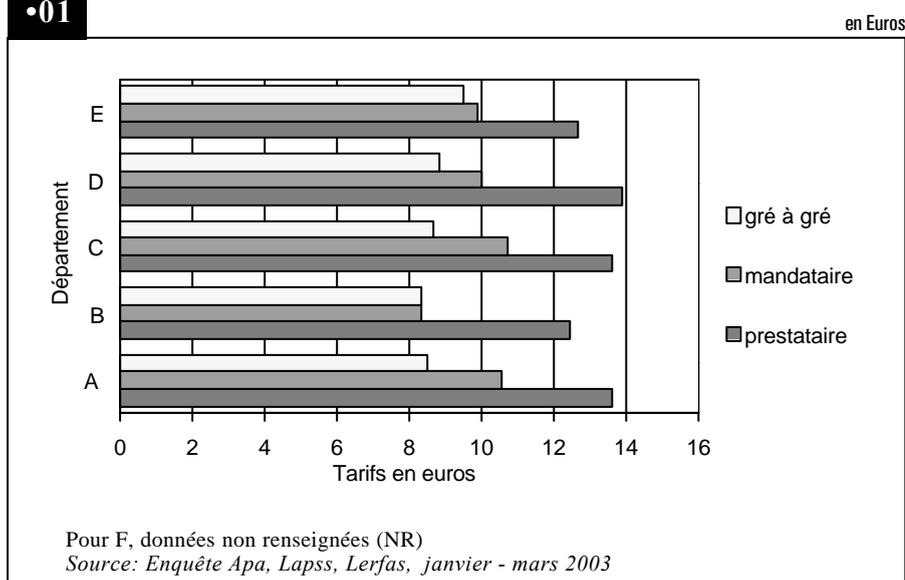
Dans l'ensemble des départements étudiés, les interlocuteurs du Conseil général, des caisses, et des associations, soulignent leur volonté de faire du recours aux services prestataires⁵ une priorité. Dans la pratique, trois types de situations ont toutefois pu être identifiés :

Le recours quasi systématique au service prestataire, conçu comme indispensable, dans le département D Le

5. Il existe trois types de services : les services prestataires qui assurent la prestation directe à domicile, les services mandataires qui recrutent l'intervenant à domicile et prennent en charge les démarches administratives mais la personne âgée reste juridiquement l'employeur et le gré à gré où la personne âgée exerce en direct ses fonctions d'employeur.

G
•01

tarifs des trois types de services, par département,



Éléments d'information sur l'offre de services disponibles dans les six départements enquêtés

L'organisation de l'offre de services d'aide à domicile varie en fonction des configurations locales. Plusieurs éléments interviennent : les relations entre les acteurs, le nombre d'associations d'aide à domicile, le développement d'une politique de formation et de professionnalisation... autant d'éléments sur lesquels n'a été recueillie pour le moment qu'une information partielle.

Le nombre et l'organisation des associations varient selon les départements. Dans le département A, il existe deux associations principales d'aide à domicile, l'ASSAD et l'Association d'aide à domicile en milieu rural (ADMR), auxquelles s'ajoutent l'offre des centres communaux d'action sociale (CCAS) et de quelques plus petites associations. Les deux grandes associations sont sectorisées : l'ASSAD est une association unique, présente dans la ville principale et dans les communes du sud et de l'est de la ville. L'ADMR est une fédération d'associations implantées dans les communes autour de la ville principale. C'est dans la ville principale que l'offre est la plus concurrentielle, puisque six opérateurs différents proposent des services d'aide à domicile.

Dans le département D, afin de faire face à la demande, une plate-forme regroupant l'ensemble des services a été créée, avec l'aide du Conseil général. Le « pôle emplois services » permet de centraliser les demandes et de les répartir entre les différents opérateurs.

L'offre de services varie aussi selon les opérateurs présents dans le département. Ainsi, dans le département A, l'ASSAD a un service prestataire d'aide à domicile – 120 auxiliaires de vie sociale – distinct du service mandataire d'aide à domicile qui compte une quarantaine de personnes seulement. L'objectif de l'association est de privilégier les activités prestataires. Le tarif demandé par l'ASSAD correspond toutefois au prix de revient du service fourni et est supérieur au tarif du Conseil général. L'ADMR est une fédération d'associations gérées par des bénévoles. L'une des associations de l'ADMR tente de répondre à des demandes d'interventions fragmentées, allant jusqu'à passer cinq fois par jour chez la personne âgée si cela s'avère nécessaire. Les associations proposent à la fois des services prestataires et mandataires, mais ce sont les mêmes personnes qui interviennent. Jusqu'à présent l'activité mandataire, dont le tarif est plus avantageux pour la personne âgée (graphique 1), était majoritaire, mais depuis la mise en œuvre de l'Apa, l'ADMR privilégie le cadre prestataire. En 2002 son activité en prestations de service a augmenté de 20 %, l'objectif étant d'atteindre 45 % en 2003.

L'offre de services ne peut pas toujours répondre au type d'intervention demandé et au volume horaire nécessaire au plan d'aide. Les créneaux horaires d'intervention souhaités par les équipes médico-sociales sont parfois inadaptés aux types de services disponibles sur le territoire. Ainsi dans le département E, les associations estiment, pour des raisons de coût de déplacement, que les interventions demandées sont en général trop courtes. De même, dans le département A, les CCAS ne peuvent intervenir que sur des plages horaires longues et ne répondent pas à des demandes d'intervention segmentée tout au long de la journée. De plus, en raison de la saturation de l'offre dans certains secteurs du département E, par exemple, le plan d'aide défini ne pourra être couvert qu'à 50 %, voire moins parfois.

Dans l'ensemble des départements, les responsables de services soulignent les difficultés de recrutement de personnels qualifiés pour l'aide à domicile. Ce sont les zones rurales qui sont le plus particulièrement touchées par ces difficultés, les bénéficiaires devant parfois attendre avant de pouvoir mettre en place le plan d'aide proposé. Jusqu'à présent, le personnel des associations travaillait le plus souvent à temps partiel, l'une des solutions fréquemment adoptées a donc été le passage à temps plein ou à trois quart temps (dans le département F par exemple). Dans d'autres départements, des recrutements ont été nécessaires : dans le département B, l'une des associations a recruté 92 salariés en contrat à durée indéterminée (CDI), ce qui correspond à 50 en équivalents temps plein (ETP). De même dans le département D, le Conseil général a vu dans la nouvelle allocation une opportunité de créer des emplois dans un département où le taux de chômage est élevé.

Avec la mise en œuvre de l'Apa, la question de la professionnalisation de l'activité d'aide à domicile a été relancée. Celle-ci implique la qualification des personnels. Dans les six départements, des démarches ont été faites pour assurer un minimum de formation et permettre aux aides à domicile d'obtenir leur Diplôme d'auxiliaire de vie sociale (DAVS). Toutefois, la formation comporte un risque pour l'employeur car le personnel qualifié peut à terme se reconverter vers des domaines plus attractifs et mieux rémunérés au détriment de l'aide à domicile.

Conseil général, en concertation avec les associations d'aide à domicile, a fait le choix de valoriser l'ensemble des plans d'aide sur la base des tarifs pratiqués par les services prestataires. Le choix du service mandataire, moins onéreux que le service prestataire (graphique 1), ne fait pas varier le nombre d'heures attribuées, comme c'était le cas pour la PSD. Environ 80 % des heures d'aide sont alors dispensées dans le cadre des services prestataires, le versement de l'Apa se faisant directement à l'association. Les opérateurs sont bien entendu satisfaits de cette orientation. En effet, les tarifs retenus correspondent à ceux qu'ils pratiquent et permettent une amélioration des conditions de travail des salariés et un développement de la professionnalisation des personnels.

Le recours aux services prestataires est privilégié, mais les départements A, B et F tiennent compte des organisations d'aide existantes au moment de la demande de prestation. Dans le département B, la position du Conseil général est celle du maintien de l'existant, avec le plus souvent un choix laissé entre les services mandataire et prestataire. Dans la pratique, le Conseil général a « joué le jeu du prestataire » chaque fois que cela était possible, et leur activité est en expansion. Reste que le mode de valorisation du plan d'aide permet de programmer un volume d'aide plus important dans le cadre des services mandataires. Les tarifs de ces services, peu élevés et identiques à ceux des emplois de gré à gré dans ce département, peuvent expliquer leur développement. Sauf en cas de problème de sécurité, le choix appartient finalement à la personne âgée et à sa famille.

Enfin, le dernier type de situation est celui où les services prestataires sont insuffisamment répandus par rapport à la demande potentielle. C'est le cas du département E où les associations et les caisses regrettent qu'il n'y ait pas davantage d'orientation faite par les équipes médico-sociales vers les services prestataires. Mais le sud du département en est largement dépourvu et, comme dans les autres départements, l'offre de services disponibles est une contrainte essentielle au moment de l'élaboration du plan d'aide (encadré 3).



Les décisions d'attribution et la mise en œuvre du plan d'aide

Les commissions d'attribution, surtout un rôle d'approbation et d'enregistrement

Ces instances de décision existent désormais dans les six départements. Elles ont été créées lors de la mise en place de l'Apa dans les départements B et C et modifiées dans le département A puisque le Conseil général a choisi de développer l'échelon infra-départemental en créant quinze commissions d'attribution, correspondant aux quinze secteurs gérontologiques existants. Les commissions d'attribution de la PSD ont été adaptées aux règles de l'Apa dans les trois autres départements.

Le rôle des élus du Conseil général et des administrateurs des caisses est particulièrement souligné par les interlocuteurs interrogés, lorsque l'on compare les commissions de l'Apa au dispositif en place au moment de la PSD. De plus, les membres des équipes médico-sociales qui ont réalisé l'évaluation et proposé le plan d'aide ne sont plus systématiquement associés aux commissions.

Le département E a quant à lui conservé l'instance de décision mise en place au moment de la PSD, avec la présence des équipes médico-sociales. Le choix a en outre été fait d'intégrer à cette Commission des représentants des associations d'aide à domicile. Cette démarche n'empêche toutefois pas les personnes rencontrées dans ce département de considérer, comme dans les autres départements, que la Commission exerce surtout un rôle d'attribution et d'enregistrement. Il existe d'ailleurs, comme dans le cadre du dispositif PSD, une réunion hebdomadaire des équipes médico-sociales au cours de laquelle les cas difficiles sont examinés et les décisions importantes envisagées au préalable.

Sur le plan de l'organisation, les commissions essaient de traiter les demandes le plus régulièrement possible pour faire face à leur montée en charge : toutes les semaines dans les départements E et F ; tous les quinze jours dans le département B. Dans le département A, la

réunion n'a lieu que tous les mois, mais ce sont quinze commissions qui traitent les dossiers. Seul le département C fait face à des problèmes, les réunions, mensuelles au moment de l'étude, s'étant avérées insuffisantes pour traiter le nombre de dossiers.

Le Gir reste le principal motif de refus opposé aux demandeurs d'Apa, alors que les plans d'aide proposés sont rarement remis en question. Les interlocuteurs rencontrés regrettent l'absence de débats et d'échanges entre les partenaires lors des réunions de la Commission, comme il pouvait en exister au moment de la PSD. La question est de savoir si cela reflète la régularisation du fonctionnement des équipes médico-sociales qui ne rencontrent plus de difficultés majeures ou si cela est dû à l'afflux des dossiers qui oblige les partenaires à traiter les demandes le plus rapidement possible au moment de la réunion.

Une coordination plus difficile entre aide ménagère et Apa

Une fois la décision prise, que deviennent les personnes âgées dont le Gir 5 ou 6 entraîne un refus d'attribution de l'Apa ? L'étude menée sur la mise en œuvre de la PSD⁶ avait montré l'importance des échanges entre organismes de Sécurité sociale et conseils généraux pour coordonner les prestations PSD et aide ménagère et assurer une prise en charge de l'ensemble des personnes âgées dépendantes. Dans les différents départements, la situation a évolué avec l'Apa.

Dans trois d'entre eux – les départements A, B et E – les demandes évaluées Gir 5 et 6 demeurent systématiquement réorientées vers les caisses d'assurance vieillesse. En A, il existe un dossier unique de demande aide ménagère-Apa. En outre, pour des raisons de lisibilité, les caisses gèrent l'ensemble des demandes d'aide ménagère, y compris celles qui relevaient préalablement de l'aide sociale départementale.

En revanche, dans les trois autres départements, la réorientation n'est pas

systématique. La notification de rejet informe le demandeur de la possibilité de faire une demande auprès des caisses (D et F), mais celles-ci n'en sont pas directement informées.

La coordination entre aide ménagère et Apa apparaît en outre désormais plus difficile dans certains départements. Le nombre très important de demandes d'Apa en est un premier facteur explicatif. Dans le département F, par exemple, les travailleurs sociaux ne visitent plus que les personnes évaluées en Gir 1 à 4. Le repositionnement des caisses apparaît comme un deuxième facteur. Recentrant leurs interventions sur les personnes âgées en Gir 5 et 6, les organismes de Sécurité sociale ont pour beaucoup d'entre eux diminué les plafonds d'heures d'aide ménagère qu'ils attribuent : dans le département A, ceux-ci sont passés de 30 à 15 heures pour les Gir 5 ou 6, dans le département C le plafond est de 15 contre 30 heures pour les Gir 5 et de 10 contre 20 heures auparavant pour les Gir 6. Enfin, les plafonds d'aide ménagère sont passés de 29 à 20 heures dans le département E.

Le rôle des associations dans la mise en œuvre du plan d'aide

Au moment de la mise en œuvre du plan d'aide, les associations d'aide à domicile en deviennent les principaux acteurs. Dans les départements A, B et D, elles sont informées par le Conseil général de la nécessité d'intervenir auprès d'une personne âgée. Ainsi, dans le département A, une copie du plan d'aide leur est directement transmise. Ce lien entre les associations et les instances du Conseil général est apparu essentiel pour assurer une mise en place rapide de ces plans d'aide.

Toutefois, lorsque les personnes âgées sollicitent ensuite les services d'aide à domicile, ces derniers ne peuvent pas toujours répondre à la demande. Les services d'aide ont leurs propres contraintes de planning et de personnel et ne parviennent pas toujours à fournir les prestations en nombre et en temps définis dans le plan

6. LE BIHAN Blanche, MARTIN Claude, SCHWEYER François-Xavier : « La Prestation spécifique dépendance en pratiques dans six départements », Drees, *Etudes et résultats*, n° 64, mai 2000.



d'aide. Cela peut être d'autant plus difficile lorsque, comme dans le département F, les plans d'aide sont très précis et détaillés : tel type d'intervention, tel jour de la semaine, entre telle heure et telle heure. Face à l'impossibilité de répondre à la demande, les associations doivent alors contacter les équipes médico-sociales et envisagent avec elle des alternatives possibles, ce qui retarde la mise en place effective des aides. Dans les départements A, B et D, la mise en œuvre du plan d'aide tente d'intégrer ces contraintes liées à l'offre de services, en s'en tenant à la définition globale d'un type et d'un volume d'aide (encadré 3). L'organisation du planning des interventions et du passage des aides à domicile est définie, non plus lors de l'élaboration du plan d'aide par les équipes médico-sociales, mais lors de sa mise en place, en concertation avec les associations. Le fait de les informer directement de la nature du plan d'aide et de les impliquer dans l'organisation concrète de la prise en charge est considéré comme la façon la plus efficace de satisfaire au plus vite les besoins de la personne âgée. Cette négociation au moment de l'application du plan d'aide peut aller jusqu'à des ajustements à la marge en concertation avec les équipes médico-sociales.

Un suivi du plan d'aide encore à ses débuts

Le suivi du plan d'aide reste pour le moment une pratique informelle dont il est encore difficile de connaître les modalités concrètes dans les différents départements. Cependant, au terme de l'étude, le

rôle des associations d'aide à domicile, des Clics et les relations entretenues avec l'équipe médico-sociale sont apparus essentiels dans la perspective du suivi à entreprendre de la situation des personnes âgées bénéficiaires de l'Apa.

Ainsi, dans deux départements étudiés – B et D – les équipes médico-sociales sont en relation étroite avec les services d'aide à domicile. Dans le département B, les travailleurs sociaux et les associations d'aide à domicile ont l'habitude de travailler ensemble et se connaissent bien. Sans doute est-ce là le résultat du travail de coordination gérontologique de proximité développé dès le début des années 1990 dans ce département. Les aides à domicile qui interviennent auprès de la personne âgée n'hésitent pas à contacter l'équipe médico-sociale pour l'informer des problèmes éventuels. Les propositions éventuelles d'ajustement des plans d'aide se font sans nouvelle visite au domicile de la personne âgée et en concertation avec l'association d'aide à domicile. Dans le département D, un pôle de services a même été créé, afin de fédérer les associations existantes et de pouvoir apporter une réponse, la plus rapide et la plus adaptée possible, une fois le plan d'aide validé par la Commission d'attribution.

Trois départements – A, C et E – présentent une situation intermédiaire. Dans les deux derniers, les interlocuteurs ont exprimé leur volonté d'impliquer les Clics dans le suivi de la situation des allocataires de l'Apa, en coordination avec les équipes médico-sociales. Dans le département A, les travailleurs sociaux souli-

gnent qu'il leur paraît impossible d'assurer à eux seuls un suivi de la personne âgée comme c'était le cas pour la PSD, le nombre de bénéficiaires leur paraissant trop important. Cette difficulté à suivre les situations de dépendance est d'ailleurs présentée comme un aspect regrettable de la mise en œuvre de l'Apa qui a modifié le type d'activité des services sociaux. Le rôle des associations d'aide à domicile est désormais donc mis en avant. Cependant, les relations entre les équipes médico-sociales et les services dépendent des contextes locaux. Dans certains secteurs, la coopération est déjà en place et très aboutie : des réunions de concertation sont organisées régulièrement et des fiches de liaison permettent à tous les intervenants de se tenir informés de l'évolution des situations de dépendance des allocataires. Dans l'un de ces secteurs gérontologiques, les différents opérateurs – les associations d'aide à domicile, les aides-soignants, les travailleurs sociaux de secteurs – se sont du reste constitués en association, afin de formaliser leur action de coordination autour de la personne âgée.

Le dernier département, F, est le seul dans lequel il n'est pas fait mention de la mobilisation future des associations d'aide à domicile pour assurer le suivi des plans d'aide. Ce sont les travailleurs sociaux qui assurent ce suivi, en soulignant d'ailleurs, comme dans le département A, leur insatisfaction face à l'impossibilité d'effectuer ce travail de façon coordonnée. ●



Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées

11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes :

Internet : www.sante.gouv.fr/hm/publication

un hebdomadaire : **Études et Résultats**

trois revues trimestrielles : **Revue française des affaires sociales**
revue thématique

Dossiers Solidarité et Santé

revue thématique

Cahiers de recherche de la MiRe

des ouvrages annuels : **Données sur la situation sanitaire et sociale en France**

Comptes nationaux de la santé

Comptes de la protection sociale



Les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française
29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07
tél. : 01 40 15 70 00

Internet : www.ladocfrancaise.gouv.fr

LOGICIELS ECO-SANTÉ 2003[®]

Les logiciels Eco-Santé permettent d'accéder à des bases de données uniques

- Ils rassemblent de multiples séries statistiques décrivant le fonctionnement des systèmes de santé français et étrangers
- Ils regroupent l'ensemble des sources statistiques officielles dans le domaine de la santé et de la protection sociale
- Ils permettent de construire rapidement tableaux et graphiques
- Ils sont mis à jour annuellement

Eco-Santé France est une coproduction DREES/CREDES

Eco-Santé OCDE est une coproduction OCDE/CREDES

Pour commander Eco-Santé 2003 :
www.credes.fr ou tél : 01 53 93 43 06

CREDES : 10, rue Vauvenargues - 75018 Paris

