

COUR DES COMPTES

Synthèse du Rapport public particulier

Novembre 2005

LES PERSONNES ÂGÉES DEPENDANTES

■ Avertissement

Le présent rapport est destiné à faciliter la lecture et le commentaire du rapport de la Cour des comptes qui, seul, engage la juridiction.

Les réponses des administrations et des organismes intéressés sont insérées dans le rapport public.

Il est rappelé que les publications des juridictions financières ne mentionnent pas les constatations donnant lieu à des procédures juridictionnelles.

Sommaire

Présentation	5
Le défi de la dépendance	7
1 L'offre de services	9
I - Le maintien à domicile	9
II - L'hébergement en institution	13
III - La lutte contre la maltraitance	17
2 Les financements	19
I - Absence de lisibilité des circuits de financement	19
II- Des financements insuffisants	23
III-Des perspectives incertaines	24
3 Le pilotage	27
I - Le rôle désormais majeur du département	27
II - Un repositionnement inachevé de l'Etat	31
III- la nécessité d'assurer la continuité des parcours	34

Présentation

Le vieillissement de la population française et l'accroissement des situations de dépendance physique et psychique constituent un phénomène lourd que toutes les projections démographiques confirment. La société française, comme la plupart des sociétés occidentales, va être durablement affectée par cette situation. Il s'agit d'un défi médical, social et financier encore largement sous-estimé, que seule une politique soigneusement préparée et construite peut aider à relever.

Depuis la seconde moitié des années 1990, les pouvoirs publics ont commencé à prendre la mesure de ces défis en engageant des réformes importantes : modernisation et médicalisation des établissements d'hébergement à partir de 1997, instauration d'une aide financière à caractère universel, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), en 2002 et création de nouvelles recettes (avec la suppression d'un jour férié) et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en 2004.

La Cour entend contribuer à faire le point sur ces politiques en évaluant leur conduite, leur suivi et leurs résultats. Son enquête s'inscrit dans la continuité de ses travaux publiés en 2003 sur la vie avec un handicap et sur les soins médicaux aux personnes âgées. Elle a été menée conjointement avec treize chambres régionales des comptes qui ont contrôlé un échantillon de 27 départements, des centres communaux d'action sociale (CCAS) et des établissements d'hébergement. La Cour a quant à elle contrôlé les administrations centrales et enquêté auprès de 53 DDASS. Un effort particulier a été fait pour mettre en valeur les expériences de terrain et les pratiques intéressantes ou innovantes.

Le rapport présente d'abord un premier bilan des réponses données aux besoins, en matière d'offre de services à domicile et d'hébergement en institution. Ce bilan fait apparaître d'importants écarts entre les résultats atteints et les objectifs affichés par les pouvoirs publics, et plus encore avec les besoins réels.

La 2ème partie du rapport met en évidence la complexité des financements publics et présente une récapitulation d'ensemble de ces efforts, qui n'avait jamais été tentée jusqu'ici. Elle fait apparaître les difficultés de financement des politiques mises en œuvre et des objectifs récemment annoncés.

Enfin, la 3ème partie traite des problèmes d'organisation, de coordination et de pilotage, dans un contexte institutionnel en mouvement avec la poursuite de la décentralisation et la création de la CNSA. Elle souligne que les nécessaires mesures de coordination et de simplification n'ont d'utilité que si elles ont pour objectif la prise en compte des besoins de la personne âgée dépendante, en particulier celui de la continuité de sa prise en charge. ■

(1) Rapport public particulier, juin 2003

(2) Rapport sur la sécurité sociale, septembre 2003, chapitre XII

Cour des comptes

Le défi de la dépendance

Définition de la dépendance

Le terme de dépendance est défini, dans la loi du 20 juillet 2001 qui a institué l'APA, comme la situation des “personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière”.

Une grille nationale, dite grille AGGIR (autonomie gérontologie, groupes iso-ressources), a été mise en place pour évaluer le degré de perte d'autonomie. Il existe ainsi 6 GIR (groupes iso-ressources), les personnes les plus dépendantes relevant des GIR 1 à 4.

L'augmentation attendue du nombre de personnes âgées dépendantes

L'enquête “handicaps, incapacités, dépendance” (HID) menée par l'INSEE entre 1998 et 2001 faisait état en 2000 de 796 000 personnes âgées dépendantes classées en “équivalent GIR 1 à 4”.

Si la démographie des personnes âgées à l'échéance de 20 ou 40 ans est bien cernée, la mesure de la dépendance future est plus ouverte : des incertitudes pèsent en effet sur l'évolution de la

prévalence de la dépendance (c'est-à-dire sur la proportion d'une tranche d'âge ainsi touchée) et sur l'évolution quantitative des maladies neuro-dégénératives. Sur la base d'une hypothèse moyenne, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) au ministère de l'emploi et de la cohésion sociale prévoit un nombre de personnes âgées dépendantes de 1 million en 2020 et de 1,22 million en 2040, soit une augmentation de plus de 50 % par rapport à 2000, augmentation qui n'a pas eu d'équivalent dans le passé.

L'accroissement inévitable des coûts de la prise en charge

Outre cette forte progression du nombre de personnes à aider, le coût des différentes modalités de prise en charge est appelé à augmenter. Quels que soient les lieux de résidence (domicile ou institution) et les modes de prise en charge (sanitaire, médico-social), la diversification des prestations demandées, le renforcement des normes de sécurité et de qualité à respecter, les revalorisations des salaires et l'augmentation du niveau de qualification des personnels intervenant renchériront la prise en charge.

Le défi de la dépendance

Une forte augmentation des aides financées par la collectivité

Depuis la mise en place de l'APA, la part des financements publics dans la prise en charge de la dépendance a crû de manière significative.

Les aides sont désormais nombreuses. En 1997, une prestation spécifique dépendance (PSD) a été créée, remplacée en 2001 par l'APA. Financée par les départements, l'APA est soumise à une condition d'âge (avoir plus de 60 ans) et de dépendance (GIR 1 à 4), mais elle est attribuée sans condition de ressources. Elle a connu un succès rapide et massif et bénéficiait fin 2004 à 865 000 personnes.

Les caisses de retraite financent également, dans le cadre de l'action sociale au bénéfice de leurs assurés, des services et notamment des prestations d'aide ménagère pour les personnes classées en GIR 5 et 6.

Enfin, les personnes âgées dépendantes peuvent bénéficier de financements non spécifiques à la dépendance : prise en charge des soins par l'assurance maladie, allègements fiscaux ou exonérations de charges sociales (dans le cas notamment de l'emploi d'une personne à domicile), aides au logement.

Des coûts élevés restent à la charge des personnes

La Cour a mesuré, pour différentes hypothèses de dépendance et de prise en charge, les frais restant à la charge de la personne dépendante. En dépit du développement des aides publiques, il apparaît que ce “reste à charge” demeure élevé et, dans un certain nombre de cas, supérieur aux revenus des personnes âgées.

Les limites de la solidarité familiale

Dans ces conditions, le rôle des proches est déterminant. Néanmoins, il risque de ne pas suffire à faire face à l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes : d'une part, le nombre des aidants potentiels va croître moins vite que celui des personnes âgées dépendantes ; d'autre part, l'évolution des modes de vie, l'éloignement géographique des enfants notamment, peuvent rendre plus difficile encore l'exercice de la solidarité familiale.

Ainsi, les possibilités apportées par les aidants familiaux sont limitées et la demande de prise en charge collective ne peut dès lors que croître fortement.

Cour des comptes

1 L'offre de services

I - Le maintien à domicile

Le maintien à domicile est une priorité affichée de la politique en faveur des personnes âgées dépendantes ; il répond au vœu de la grande majorité d'entre elles de continuer à vivre dans un cadre familial.

Selon une enquête, deux personnes âgées dépendantes sur trois vivent à domicile.

Des besoins mieux solvabilisés avec l'APA

L'APA a bouleversé le système de financement de l'aide au maintien à domicile tant dans ses principes que dans les montants financiers engagés. A la différence de l'aide sociale traditionnelle et de l'action sociale facultative, l'APA constitue une allocation universelle à laquelle a droit toute personne relevant des GIR 1 à 4. Elle est personnalisée en fonction des besoins de son bénéficiaire et peut couvrir toute nature de dépense : aide à domicile mais aussi aménagement du logement ou garde de nuit. Elle est ainsi

particulièrement bien adaptée au financement du maintien à domicile qui nécessite la prise en compte individualisée des besoins et de l'environnement de la personne.

Une offre de services encore mal adaptée et mal coordonnée

La Cour souligne la grande dispersion des acteurs intervenant et les difficultés qui en résultent en termes de coordination. On dénombre ainsi plus de 7 000 services d'aide à domicile de statuts juridiques divers parmi lesquels prédominent les petites associations (63 % des services emploient moins de 25 salariés) ; la majorité des interventions est assurée par des intervenants indépendants en "gré à gré"⁽¹⁾ ou en "mandataire"⁽²⁾ couverts par une convention collective différente et dont le coût est inférieur. Interviennent également des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et des infirmières libérales. Il n'existe pas pour les personnes âgées et leurs familles d'interlocuteur unique qui serait en mesure d'assurer les tâches de

(1) Gré à gré : intervention sur la base d'un contrat signé entre l'intervenant et le particulier employeur.

(2) Mandataire : une association assure pour la personne âgée qui reste malgré tout l'employeur, les formalités administratives entourant le recours à une personne à domicile.

coordination. Le plan d'aide APA, établi en concertation avec la personne âgée, ne couvre que les interventions médico-sociales et n'assure pas la nécessaire coordination avec les soins.

Les personnes âgées dépendantes se heurtent souvent à l'insuffisance de certains services. Si la Cour a pu constater une forte progression de l'activité des grands réseaux d'aide à domicile, certaines plages horaires (soir et fin de semaine notamment) sont mal couvertes. Dans 80 % des cas, l'aide de la famille reste indispensable au maintien à domicile.

En matière d'aides techniques et d'adaptation de l'habitat, seuls 60 % des besoins étaient couverts avant la mise en place de l'APA ; ce taux ne devrait pourtant progresser que lentement car seule une part très faible des dépenses d'APA est consacrée à ces aménagements (8 % des plans d'aide APA).

La prise en charge à domicile se heurte également à la pénurie de personnels soignants et de places en SSIAD qui rend difficile la garantie de soins adaptés.

Des contradictions dans la politique de modernisation du secteur

Le secteur de l'aide à domicile se caractérise par un très faible taux de qualification (moins de 20 %) et par une

faible attractivité : les salaires sont équivalents, voire inférieurs, au SMIC et les conditions de travail peu favorables (fréquence de temps partiels subis et d'emplois du temps fortement morcelés).

Pour remédier à ces difficultés, les partenaires sociaux et le Gouvernement ont décidé une revalorisation salariale de plus de 25 % sur 4 ans pour les salariés de la branche de l'aide à domicile et cherchent à promouvoir leur qualification.

Néanmoins, ces mesures ne peuvent que rester limitées : d'une part, elles renchérissent fortement les tarifs des associations d'aide à domicile et par conséquent pèsent sur les finances publiques, notamment sur les budgets des départements financeurs de l'APA ; d'autre part, elles accentuent la concurrence entre associations et intervenants en mode gré à gré, en moyenne moins formés mais aussi moins onéreux car non concernés par l'accord de revalorisation salariale. Les personnes les plus fragiles, qui ont besoin d'un volume en heures d'aide plus important, privilégient ainsi le recours aux personnels les moins formés et les moins onéreux. C'est une des limites essentielles de la politique de qualification souhaitée par le Gouvernement.

Une aide insuffisante à l'entourage

Dans la quasi-totalité des cas, les personnes âgées dépendantes vivant à domicile ont recours au soutien de leur entourage. Cette aide informelle reste essentielle malgré le recours croissant à des services professionnels. Elle est appelée à le rester ne serait-ce que du fait des contraintes liées au financement public des aides.

Il apparaît néanmoins que les dispositifs d'aide aux aidants informels, qui sont essentiels pour éviter le découragement, l'épuisement ou la naissance de tensions entre l'aidant et la personne âgée, sont rares. C'est le cas notamment des structures d'accueil temporaire qui permettent, quelques heures par jour ou quelques jours par an, d'accueillir une personne âgée qui ne peut rester seule. Ces structures sont encore très peu développées et la mise en oeuvre des plans d'action de l'Etat annoncés dans ce domaine ont pris beaucoup de retard. Les recensements des places existantes sont par ailleurs peu fiables et rendent difficile pour le ministère des affaires sociales un pilotage efficace.

La Cour a examiné des exemples étrangers d'aides aux aidants qui pourraient inspirer des initiatives à prendre en France : compensation de la perte de revenus due à l'arrêt de l'activité, congés de soutien familial ou formations gratuites notamment.

Le problème de l'isolement

Les effets de la canicule de l'été 2003 ont mis en évidence que la conjugaison d'une dépendance légère et d'une situation d'isolement social créait une vulnérabilité équivalente à celle d'une dépendance lourde.

Les dispositifs actuels de coordination gériatrique n'ont pas toujours la capacité et les moyens pour assurer une fonction de veille auprès des personnes isolées.

Si les dispositifs de portage de repas qui se sont multipliés permettent un progrès dans la lutte contre l'isolement, d'autres actions mériteraient d'être soutenues et développées : garde itinérante, transport accompagné ou projets d'habitat intergénérationnel notamment.

Recommandations

➔ Encourager un système de correspondant ou d'interlocuteur unique de la personne âgée pour la coordination des interventions au domicile. Promouvoir des services de prise en charge intégrée (services polyvalents : à la fois SSIAD et services d'aide à domicile) sous une autorité tarifaire unique.

➔ Améliorer le suivi des actions de professionnalisation et mettre en place un mécanisme permettant d'orienter les personnes âgées dépendantes les plus fragiles vers les personnels les plus qualifiés.

➔ Introduire systématiquement dans les plans d'aide APA une évaluation des besoins des aidants familiaux et en faire un volet du plan d'action pour les dépendances les plus lourdes.

➔ Inciter les communes et leurs CCAS à développer des actions de renforcement des solidarités de voisinage et de maintien des liens sociaux.

II - L'hébergement en institution

Différentes catégories d'établissements

Au 31 décembre 2003, il existait 10 526 établissements d'hébergement pour personnes âgées :

- 2 975 foyers logements, établissements médico-sociaux destinés au logement collectif dans des immeubles comportant des locaux privatifs ainsi que des espaces collectifs non réservés à des personnes âgées,

- 6 376 maisons de retraite, établissements médico-sociaux réservés à des personnes âgées et qui leur apportent à la fois un domicile collectif et des services,

- 1 044 unités de soins de longue durée (USLD), établissements de santé qui n'accueillent pas seulement des personnes âgées, même si c'est le cas en grande majorité et qui assurent "l'hébergement de personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien",

- 131 résidences d'hébergement temporaire.

Ensemble, les trois premiers types de structures offraient 670 000 places.

Des résidents plus âgés et plus dépendants

La moyenne de l'âge d'entrée en institution recule et est aujourd'hui de 83 ans. On constate ainsi un vieillissement de la population hébergée et des situations de dépendance de plus en plus lourdes : 75 % des résidents sont classés en GIR 1 à 4.

La réforme de la tarification des établissements

Pour répondre au besoin accru de soins médicaux et de qualité et pour adapter le financement des établissements à la mise en œuvre de la PSD puis de l'APA, une réforme de la tarification des établissements d'hébergement a été engagée en 1997. Elle avait pour objectifs principaux :

- de répartir les charges entre financeurs selon le type de prestations : l'hébergement à la charge du résident, les soins à la charge de l'assurance maladie, l'aide à la dépendance à la charge du département (APA),

- d'assurer une plus grande équité dans la prise en charge en faisant converger le niveau de médicalisation et les taux d'encadrement des établissements,

- d'accroître la qualité de la prise en charge et la médicalisation.

Cette réforme implique la signature de conventions tripartites entre l'établissement, le département et le préfet responsable de l'allocation des dotations (ou forfaits) de l'assurance maladie.

Un bilan mitigé

Simple dans ses principes, la réforme s'est heurtée à d'importantes difficultés de mise en œuvre du fait notamment de l'insuffisance des outils de simulation, de pilotage et de suivi. Elle a, par conséquent, pris un important retard : à la fin de 2004, soit sept ans après le début du processus, seule la moitié du nombre prévu de conventions avait été signée.

Par ailleurs, les objectifs affichés n'ont pas été atteints :

- le principe de ventilation des coûts en fonction de leur nature n'a été que partiellement appliqué, ce qui a laissé à la charge de l'assurance maladie des dépenses non médicales ;

- le système de calcul des dotations de l'assurance maladie n'a pas permis une convergence de celles-ci, ni d'ailleurs leur maîtrise : si un système de plafonnement des forfaits de soins attribués aux établissements a bien été prévu, il n'a été que rarement respecté. Par ailleurs, les établissements sous forfait peuvent continuer à recourir à

des soins de ville, eux aussi financés par l'assurance maladie, mais non limités ;

- l'évolution de la qualité de la prise en charge n'a pas fait l'objet d'un suivi systématisé. En l'absence d'objectifs quantifiés et d'indicateurs, en l'absence aussi de contrôle par les services de l'Etat ou des départements, les résultats en la matière restent incertains. Les contrôles des juridictions financières sur un échantillon d'établissements font ressortir un bilan mitigé. Peu d'établissements présentent des installations conformes au cahier des charges établi en 1999, dont le respect était pourtant un objectif du conventionnement.

L'impact de la réforme sur les tarifs à la charge des résidents n'a pas fait l'objet d'un suivi national. La Cour a donc évalué par échantillon leur évolution : après une baisse en 2001 et 2002 grâce à la prise en charge par l'APA des soins spécifiques à la dépendance, les tarifs d'hébergement augmentent de nouveau en 2003 sous l'effet des investissements de modernisation des établissements.

La question des capacités d'accueil

L'offre en places d'hébergement est hétérogène d'un département à l'autre : excédentaire dans certains, déficitaire dans d'autres. Par ailleurs, ces dernières

années, l'offre globale a augmenté moins vite que le nombre de personnes âgées. Cette situation est d'autant plus préoccupante que le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans va doubler dans les 20 prochaines années et que les capacités de prise en charge à domicile des personnes les plus dépendantes restent limitées.

La Cour souligne notamment l'insuffisance de certaines structures : les structures d'accueil temporaire et les structures adaptées à la prise en charge des personnes atteintes de maladies

neuro-dégénératives et souffrant de désorientation. Elle regrette en particulier l'absence de redéfinition des USLD qui aurait pu conduire à organiser des structures à un niveau de médicalisation intermédiaire entre celui d'une maison de retraite et celui d'un hôpital pour l'accueil de personnes dont l'état de santé s'aggrave sans justifier pour autant une hospitalisation ou a fortiori une admission aux urgences.

Recommandations

Concernant la réforme de la tarification :

➔ Revoir les modalités de la réforme de la tarification de façon notamment à garantir une meilleure maîtrise des financements alloués par l'assurance maladie. Des pistes telles que l'élargissement du périmètre des forfaits aux médicaments par exemple ou l'affirmation du caractère impératif du plafonnement des dotations pourraient être envisagées.

➔ Mettre en place un suivi des effets de la réforme sur la qualité des équipements et du service rendu aux résidents (par l'intégration dans les conventions d'indicateurs de résultats précis par exemple).

➔ Se doter d'un système de suivi de l'évolution des coûts supportés par les résidents.

Concernant l'offre :

➔ Redéfinir le rôle des unités de soins de longue durée pour mettre en place une catégorie de services bénéficiant de la proximité d'un plateau technique et assurant une surveillance médicale continue.

➔ Fonder l'évaluation des besoins en places supplémentaires à créer dans les prochaines années non seulement sur des calculs globaux mais aussi sur la réalité des situations locales analysées dans des schémas gérontologiques actualisés.

III - La lutte contre la maltraitance

La prise de conscience du problème de la maltraitance des personnes âgées a été tardive en France. A ce jour, aucune enquête nationale globale n'a été réalisée sur le sujet.

En juillet 2000, un bureau de la protection des personnes a été créé au ministère des affaires sociales. Un Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées a été mis en place en novembre 2002 avec pour mission de contribuer à la définition, à la mise en œuvre et au suivi d'une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées. Il existe aussi une charte des droits et libertés de la personne âgée

dépendante et la loi du 2 janvier 2002 a renforcé les droits des résidents en imposant l'élaboration d'un livret d'accueil et d'un contrat de séjour. Mais il n'existe pas de bilan de la mise en œuvre de ces dispositions.

Sur le plan opérationnel, la prise en charge téléphonique des signalements, confiée à un réseau associatif, s'améliore, mais l'organisation est éclatée et parfois mal adaptée.

Si les objectifs en matière de maltraitance ont bien été précisés en janvier 2003 dans un programme spécifique, celui-ci n'a été assorti d'aucun financement et les juridictions financières ont constaté qu'il ne faisait l'objet que de peu d'applications locales.

Recommandations

→ Définir le degré de professionnalisme nécessaire dans les dispositifs d'écoute téléphonique et de gestion des signalements de maltraitance.

→ Encourager, par un accompagnement méthodologique, les échanges de bonnes pratiques entre structures prenant en charge ces signalements.

→ Etudier la pertinence d'un numéro unique d'appel.

2 Les financements

I - Absence de lisibilité des circuits de financement

L'opacité des circuits de financement

Les pouvoirs publics n'ayant pas choisi de créer un cinquième risque de sécurité sociale pour prendre en charge de façon unifiée le financement de la dépendance, ce dernier repose sur un ensemble diversifié de dispositifs d'aides et d'interventions faisant appel à de multiples financeurs :

- départements (APA et aide sociale),
- assurance maladie (soins de ville, forfaits aux établissements),
- assurance vieillesse (action sociale),
- sécurité sociale plus généralement avec les exonérations de charges sociales pour les particuliers employeurs d'une aide à domicile.

L'Etat et la solidarité nationale contribuent enfin au financement de la dépendance en supportant bon nombre d'allègements fiscaux et en contribuant à hauteur de 40 % au financement de l'APA.

La complexité des circuits financiers et la coexistence d'aides spécifiques à la

dépendance avec des aides dont la destination est plus large rendent l'évaluation de la dépense publique consacrée aux personnes âgées dépendantes particulièrement difficile. Des postes importants de dépenses comme les dépenses fiscales ou les soins de ville sont particulièrement mal suivis et mal évalués.

La Cour propose néanmoins dans le rapport un chiffrage d'ensemble qui évalue à 15 milliards d'euros la dépense en faveur des personnes âgées dépendantes en 2003, soit un peu plus de 1 % du PIB.

La faible sélectivité des aides

Les financements ainsi mobilisés sont substantiels mais ils ne s'ajustent qu'imparfaitement aux situations de dépendance. Seule une petite partie des 15 Md€ est spécifiquement consacrée à la dépendance (environ 4 Md€). Ces aides spécifiques ne permettent elles-mêmes d'aider qu'imparfaitement les personnes les plus dépendantes.

En outre, les aides ne sont pas toutes versées en priorité aux personnes les plus démunies. Ainsi, la réduction d'impôt au titre de l'emploi d'un salarié à domicile bénéficie aux personnes imposables et son montant croît avec le

revenu jusqu'à un certain plafond. De ce fait, l'aide apportée par l'APA et la réduction fiscale peut être plus importante pour une personne aux revenus élevés que pour une personne aux revenus faibles.

L'apport de la CNSA

La mise en place de la CNSA, loin de conduire à une simplification des circuits financiers, en a accru la complexité. Elle s'est accompagnée de la création de recettes supplémentaires (0,3 % de CSG sur les revenus des placements et du patrimoine) et d'une recette d'un type nouveau (avec la contribution de 0,3 % acquittée par les employeurs privés et publics au titre de la journée de solidarité) se surajoutant à

un ensemble déjà hétérogène (CSG, contributions de l'assurance maladie et de l'assurance vieillesse). On s'éloigne ainsi de plus en plus d'un système de correspondance simple entre une catégorie de recettes, un financeur et un type d'intervention. Par exemple, les forfaits soins des établissements ne seront plus seulement financés par l'enveloppe médico-sociale de l'ONDAM mais bénéficieront aussi d'une partie des recettes nouvelles créées avec la CNSA. Ces deux sources de financement obéissent à des logiques et ont des dynamiques différentes, ce qui en rend le pilotage difficile.

Evaluation de la dépense publique en faveur des personnes âgées dépendantes en 2003 (hors investissement)

1 - Dépenses spécifiquement consacrées à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées

M€

Aide sociale départementale	
APA	3 210 ⁽¹⁾
PSD	119
ACTP	110
Majoration pour tierce personne	212
Dépenses fiscales bénéficiant exclusivement aux personnes de plus de 60 ans dépendantes ⁽²⁾	273
Exonérations de charges sociales pour les bénéficiaires de l'APA	241
TOTAL 1	4 165

(1) Dont 1 326 financés par le FFAPA.

(2) Réduction d'impôt au titre des dépenses afférentes à la dépendance en établissement, majoration de quotient familial pour les personnes titulaires de la carte d'invalidité et âgées de plus de 60 ans, déductibilité de l'APA du revenu imposable. Ce montant n'intègre pas le nouveau crédit d'impôt sur les équipements spécialement conçus pour faire face à la perte d'autonomie, ni le coût de la réduction du taux de TVA sur certains matériels.

Les financements

2 - Dépenses non spécifiquement consacrées à la prise en charge de la dépendance mais bénéficiant quasi exclusivement à des personnes âgées dépendantes et aux personnes hébergées en institution

	M€
Aide sociale départementale	
<i>Aide ménagère légale</i>	126
<i>Aide sociale à l'hébergement</i>	900
FMAD	16
Dépenses de l'Etat - CLIC, CODERPA, association	19
Prestations d'assurance maladie	
SSIAD	763
EHPAD y compris USLD	4 729 ⁽¹⁾
Soins de ville ⁽²⁾	2 330
Hospitalisation ⁽³⁾	1 612
Sous-total prestations d'assurance maladie	9 434
Action sociale des caisses de retraite	
<i>Aide ménagère</i>	374
<i>Aides au maintien à domicile (caisses de retraite)</i>	22
<i>Aménagement du logement (caisses de retraite)</i>	45
<i>Aides non ventilées</i>	67
Sous-total action sociale des caisses de retraite	508
Prestations des caisses d'allocations familiales :	
APL ALS personnes à domicile dépendantes	41
APL ALS personnes hébergées (CNAF) ⁽⁴⁾	306
Aides à l'amélioration de l'habitat de l'ANAH	29
Total 2	11 379
Total 1 + 2	15 544

(1) 2 519 M€ (forfaits EHPA et EHPAD) + 1 410 M€ (forfaits USLD) + 800 M€ (subventions indirectes de l'hôpital aux établissements d'hébergement rattachés).

(2) Ces montants résultent de l'étude menée par la CNAMTS à la demande de la Cour sur la consommation de soins des personnes âgées qui bénéficient d'actes infirmiers de soins de "nursing" (AIS).

(3) Dépenses d'hospitalisation afférentes à des personnes qui ont bénéficié d'AIS à leur domicile ou en EHPAD pendant des périodes autres que l'hospitalisation. Une partie de ces hospitalisations est provoquée par des pathologies extérieures à celles qui sont directement liées à la dépendance.

(4) Aides versées aux personnes de 75 ans et plus hébergées en EHPA(D), foyer (foyer-logement), maison de retraite et USLD bénéficiaires de l'APL ou de l'ALS. Ces personnes ne sont pas toutes dépendantes.

II - Des financements insuffisants

Le financement de l'APA

La montée en charge de l'APA a été plus rapide et plus forte que prévu. L'allocation mise en place en 2002 a atteint sa cible en nombre de bénéficiaires dès 2003. En 2004, elle bénéficiait à 865 000 personnes et coûtait aux départements 3,65 Md€ dont 1,35 Md€ (soit 37 %) pris en charge par la péréquation nationale.

Les premières difficultés de financement sont vite apparues, obligeant l'Etat à durcir en 2003 les conditions d'octroi de l'allocation et à autoriser le fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (FFAPA) à emprunter. En 2004, face à une nouvelle hausse des coûts d'APA du fait notamment de la revalorisation salariale intervenue dans la branche de l'aide à domicile, une partie du produit des recettes nouvelles (fraction de CSG et journée de solidarité) a dû être affectée au financement de l'APA.

Une péréquation nationale efficace

L'intervention de la péréquation nationale a permis de réduire considérablement les coûts de l'APA

pour les départements ; grâce à un système de dotations différenciées, elle a également permis de réduire fortement les disparités en matière d'effort fiscal⁽¹⁾. Ainsi, en 2003, le taux d'effort fiscal des départements aurait varié, sans péréquation, de 4,2 % à 93,6 %, le taux moyen se situant à 26,7 %. La répartition des fonds de péréquation a ramené le taux d'effort fiscal à une fourchette comprise entre 2,1 % et 21 %, le taux moyen se situant à 14,2 %.

Le financement des prestations d'assurance maladie

Les dépenses de l'assurance maladie relèvent d'enveloppes différentes à l'intérieur de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Les établissements et les SSIAD, qui relèvent de l'enveloppe dite "médico-sociale", sont soumis à une logique limitative. Les financements ainsi définis n'ont pas permis d'atteindre les objectifs affichés. Initialement prévue pour s'achever en 1998, la médicalisation des établissements d'hébergement a pris beaucoup de retard. Les financements nécessaires pour achever le processus de conventionnement sont estimés à 984 M€, montant sans commune mesure avec celui de l'ensemble des mesures nouvelles pour une année (347 M€ pour l'année 2004).

(1) Défini comme la dépense d'APA par rapport au potentiel fiscal du département, lui-même constitué par l'application à l'assiette fiscale du département du taux d'imposition moyen national.

Ce système n'a pas non plus permis de maîtriser la dépense globale de l'assurance maladie pour les personnes âgées dépendantes. Une partie de la charge est reportée, à l'intérieur de l'ONDAM, de l'enveloppe médico-sociale dans l'enveloppe hospitalière et dans l'enveloppe "soins de ville". En l'absence de système d'information et de contrôle adapté, l'assurance maladie ne sait ni chiffrer ni maîtriser le montant de soins de ville rattachable à des établissements d'hébergement et ne peut donc pas contrôler le véritable coût de la réforme.

Les recettes nouvelles

La création de la CNSA s'est accompagnée de nouvelles recettes : 0,3 % de CSG sur les revenus des placements et du patrimoine et recettes de la journée de solidarité. La partie de ces recettes consacrée aux personnes âgées dépendantes vient s'ajouter aux recettes déjà prévues pour le financement de l'APA et vient également compléter l'ONDAM médico-social pour les établissements et les SSIAD.

Ainsi, en 2005, la CNSA a apporté 368 M€ pour les établissements d'hébergement et les SSIAD dont 151 M€ au titre de la reconduction des moyens antérieurs et 217 M€ de ressources nouvelles.

Néanmoins, ce qui, dans la présentation du plan "vieillesse et solidarité", doit constituer un

financement supplémentaire vient en fait se substituer à une partie des dépenses que l'assurance maladie réalisait pour les établissements les années précédentes. L'apport de l'assurance maladie en 2005 (217 M€ de mesures nouvelles) est ainsi bien inférieur (de près de 110 M€) à celui de 2004.

Au total, les financements de l'ONDAM et de la CNSA consacrés aux établissements et aux SSIAD en 2005 augmentent de 11 % par rapport à 2004, taux de progression inférieur à celui de 2004 et proche de la croissance moyenne des ressources de l'assurance maladie affectées aux établissements et aux SSIAD de 1999 à 2003.

III - Des perspectives incertaines

Les coûts à venir de l'APA

Les seules projections de coût actuellement disponibles portent sur l'APA mais elles sont marquées par de fortes incertitudes en fonction notamment des modalités d'indexation retenues.

Face aux initiatives de revalorisations salariales qui touchent le secteur de l'aide à domicile, une indexation de l'allocation sur les prix engendrerait automatiquement une baisse du service rendu, l'allocation

évoluant alors moins vite que les salaires des aides à domicile qu'elle permet de financer. Seule une indexation sur les salaires peut permettre le maintien du "pouvoir d'achat" de l'allocation. Dans cette hypothèse, le coût de l'APA serait selon le ministère des affaires sociales de 6 Md€ en 2020 (hors participation des bénéficiaires), soit une augmentation de 64 % par rapport à 2004.

L'absence de projection en matière de dépenses d'assurance maladie

En revanche, les administrations concernées et les caisses ne se sont pas dotées des outils nécessaires pour évaluer les conséquences du

vieillessement et de la progression des situations de dépendance sur les finances de la Sécurité sociale.

La Cour a quant à elle procédé à des projections concernant la prise en charge à domicile et en institution. Elle obtient ainsi des ordres de grandeur qui montrent que les enjeux financiers pour l'assurance maladie et les personnes elles-mêmes sont supérieurs à ceux de l'APA : les coûts supplémentaires seraient ainsi annuellement de 3 à 4,7 Md€ pour l'assurance maladie et de 1,6 à 2,7 Md€ pour les résidents en établissement à l'horizon de 2020.

Recommandations

→ Poursuivre l'élaboration d'un compte social de la dépendance des personnes âgées. Mieux identifier les dépenses d'assurance maladie, les dépenses fiscales et les exonérations de charges sociales consacrées aux personnes âgées dépendantes.

→ Simplifier le dispositif de financement et les circuits financiers.

→ Recentrer certaines aides sur les personnes les plus dépendantes (l'APA notamment) et les plus démunies (aides fiscales notamment).

→ Approfondir les travaux de projection des coûts pour les différents financeurs.

→ Inciter fiscalement ou sous forme d'aide, selon les tranches de revenu, à la souscription d'une assurance dépendance.

3 Le pilotage

I - Le rôle désormais majeur du département

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, donne aux départements un rôle premier dans la prise en charge médico-sociale des personnes âgées dépendantes.

Le département est désormais seul décideur du schéma gérontologique, de la création et de l'organisation des centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), de l'autorisation et de l'évaluation des services prestataires d'aide à domicile. Il attribue et finance l'APA. Il est compétent pour fixer le tarif dépendance des établissements d'hébergement et, dans le cas d'un établissement habilité à l'aide sociale, le tarif hébergement.

L'Etat est quant à lui compétent pour l'autorisation et la tarification des services délivrant des prestations financées par l'assurance maladie. Il fixe ainsi le tarif soins des établissements, autorise les SSIAD et fixe le montant de leurs dotations.

Une organisation et des moyens inégaux

Les départements ont renforcé leurs effectifs et leurs moyens pour faire face à ces nouvelles missions et notamment à la mise en place de l'APA. 4 400 personnes travaillent dans les services départementaux en faveur des personnes âgées, soit plus de 10 fois les effectifs des DDASS consacrés au même sujet.

Le contrôle des chambres régionales des comptes sur plusieurs collectivités départementales a néanmoins mis en évidence l'hétérogénéité et parfois l'insuffisance des moyens et de l'organisation retenus.

Tous les départements n'ont, par exemple, pas adopté ou mis à jour le règlement départemental d'aide sociale qui définit les règles selon lesquelles sont accordées les prestations d'aide sociale. De plus, l'outil informatique déployé par les collectivités s'est révélé le plus souvent insuffisant pour faire face aux premières années de gestion de l'APA. S'il progresse, le contrôle interne se limite encore, dans nombre de départements, à un suivi statistique des

dossiers d'aide. Enfin, les pratiques en matière de contrôle de l'utilisation de l'APA sont particulièrement hétérogènes et ne permettent pas toujours d'assurer un contrôle efficace des financements ainsi alloués.

Des outils de planification insuffisamment développés

En matière de planification, les résultats sont mitigés. Alors que la loi fait obligation aux départements d'élaborer des schémas gérontologiques pour évaluer les besoins sociaux et médico-sociaux, déterminer les objectifs de développement de l'offre de services, formaliser la coopération avec ces services et définir les critères d'évaluation, seuls 43 départements avaient au milieu de l'année 2005 un schéma adopté depuis moins de 5 ans. Ces schémas sont en outre de qualité inégale et ne permettent pas toujours de dresser un état des lieux exhaustif des équipements existants ni de dessiner des projections et une politique précise de développement des moyens de prise en charge.

Des difficultés de coordination avec les caisses de retraite

Alors que la loi confie au département un rôle moteur de coordination en matière médico-sociale, une difficulté subsiste : celle de la

coordination avec l'action sociale des caisses de retraite. Les départements ont certes multiplié les conventions de coopération avec ces dernières mais on constate la persistance de redondances dans l'évaluation des personnes (par la caisse et par les services du département) et des chevauchements de compétences et d'interventions.

Peu d'outils de pilotage des associations jusqu'en 2003

Avec la création de la PSD puis de l'APA, les départements sont devenus les principaux financeurs des associations d'aide à domicile. Ce financement a d'abord pris la forme d'une tarification forfaitaire (une heure d'intervention étant financée par le département de façon uniforme quel que soit le service intervenant). Dans ce cadre, peu de départements se sont dotés des outils nécessaires à un suivi précis de l'activité et de la qualité des prestations servies par les associations ainsi financées.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et un décret du 22 octobre 2003 devraient conduire à de profonds changements : désormais, les services prestataires seront soumis à autorisation et devront faire l'objet d'évaluations internes et externes périodiques. Les budgets alloués par le département feront l'objet d'une négociation sur la base d'une comptabilité analytique et d'indicateurs

d'activité. Le département pourra ainsi différencier pour chaque organisme les modalités de financement des prestations.

Des disparités de traitement des personnes âgées dépendantes

La décentralisation, si elle permet une gestion de proximité, soulève le problème de l'équité du traitement des personnes âgées dépendantes.

Selon les analyses de la DREES, à population âgée équivalente, le nombre de bénéficiaires de l'APA peut fortement varier (rapport de 1 à 2,5 en France métropolitaine et de 1 à 5,5 pour la France entière). Néanmoins, une partie de ces disparités s'explique par des facteurs démographiques et sociologiques indépendants des décisions du département : la fréquence des cas de dépendance est plus forte dans les populations défavorisées ; on constate aussi que les personnes aux revenus élevés ont moins recours à l'APA du fait d'un ticket modérateur fortement croissant avec le revenu. Seule une partie des disparités tient à des politiques plus ou moins généreuses des conseils généraux. D'ailleurs, l'ampleur

des écarts constatés reste limitée. Par comparaison, les disparités mesurées dans l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) par les COTOREP, dispositif non décentralisé, sont bien supérieures (de 1 à 9).

D'importants écarts ont également été relevés dans le montant de l'APA attribuée. Si les départements sont libres de fixer le plan d'aide dans la limite d'un plafond réglementaire, ces différences créent néanmoins une difficulté au regard de la péréquation assurée par la CNSA : si cette dernière a vocation à compenser une partie des coûts de l'APA et à aider prioritairement les départements confrontés à un vieillissement plus fort de leur population, elle n'a pas à assumer les conséquences des choix politiques de conseils généraux qui auraient décidé d'attribuer des plans d'aide particulièrement généreux. Le système actuel de remontées d'informations comptables des départements à la CNSA ne permet pourtant pas de rationaliser l'allocation des fonds de péréquation.

(1) Source DREES

Recommandations

→ Renforcer le suivi de l'application des plans d'aide APA en développant par exemple les outils de télégestion qui permettent à l'administration de suivre à distance et en temps réel les interventions des aides à domicile.

→ Généraliser les schémas gérontologiques et encourager une harmonisation de leurs méthodes d'élaboration.

→ Rationaliser le champ d'intervention des caisses de retraite en supprimant les compétences et les interventions redondantes avec celles des départements.

II - Un repositionnement inachevé de l'Etat

Dans le contexte de la décentralisation, l'Etat se voit chargé de la conception et du pilotage de la politique en faveur des personnes âgées, du contrôle et de l'évaluation des actions entreprises et de certains services et établissements ; il doit également veiller au respect du principe d'équité dans le traitement des personnes d'un département à l'autre, et assurer une péréquation dans les financements.

L'Etat n'assure certaines de ces missions qu'avec difficulté.

Une difficile coordination au niveau central

Plusieurs ministères et différentes directions d'administration centrale participent à la définition de la politique en faveur des personnes âgées. La coordination interministérielle est peu formalisée et les instances de coordination conçues en matière gérontologique n'ont pas fait la preuve de leur efficacité : le comité national de coordination gérontologique, créé avec la PSD en 1997, ne s'est pas réuni depuis la mise en œuvre de l'APA et la mission que lui confie la loi "d'évaluer le développement qualitatif et quantitatif du dispositif d'APA" apparaît aujourd'hui vidée de son sens.

Le conseil supérieur des établissements et services sociaux et médico-sociaux créé par la loi de 2002, qui devait donner un avis sur l'organisation du secteur, a été supprimé avant même d'avoir été constitué.

L'Etat a délégué des missions étendues à la CNSA, établissement public administratif créé en 2004. Mais la CNSA ne dispose pas de réseau territorial et n'a pas de moyens pour mettre en œuvre la politique de la dépendance. Dans un paysage institutionnel déjà fortement morcelé, l'établissement apparaît comme un démembrement de l'administration centrale destiné à remédier à des problèmes de coordination et de pilotage.

L'insuffisance du suivi statistique et des projections de besoins

L'enquête HID menée par l'INSEE entre 1998 et 2001 a permis de dresser un état des lieux précis mais qui demande déjà à être réactualisé.

La DREES a progressivement développé une capacité d'étude et d'analyse dans de nombreux domaines de la politique de prise en charge des personnes âgées dépendantes (enquête sur les services d'aide à domicile, sur les établissements et les SSIAD notamment). Ces études devraient être menées selon un rythme plus régulier. C'est le cas notamment des enquêtes sur

les services d'aide à domicile qui n'ont fait l'objet d'une étude précise qu'en 1998. Il est de ce fait difficile à ce jour de mesurer l'effet de l'APA sur l'évolution de ce secteur.

Le travail de projection des besoins reste quant à lui embryonnaire. Ce n'est qu'en 2005 qu'une étude approfondie des besoins en places d'hébergement a été conduite. Un travail similaire fait défaut pour l'évaluation des besoins futurs en services d'aide à domicile et en personnel.

Des lacunes dans le suivi des politiques départementales

Les juridictions financières ont constaté des insuffisances dans les remontées d'informations des départements vers le ministère des affaires sociales et la CNSA. Ces insuffisances portent sur de nombreux domaines de la politique en faveur des personnes âgées et notamment sur le suivi de l'APA : un certain nombre de départements ne répondent pas aux questionnaires de la DREES sur le sujet alors que la loi fait de cette information périodique une obligation.

Le manque de moyens des services déconcentrés

La réforme de la tarification et la rénovation des diplômes sociaux impliquent des missions nouvelles pour les services déconcentrés sans que leurs effectifs soient augmentés en conséquence. Face à des services départementaux étoffés, les services de l'Etat ne peuvent intervenir que dans quelques domaines (conventionnement, autorisations, tarification). Dans les autres, tels l'organisation et la structuration de l'aide à domicile, les services de l'Etat sont souvent absents, au mieux observateurs.

Le pilotage par l'administration centrale des services déconcentrés dans le domaine des personnes âgées reste par ailleurs limité. La Cour souligne ainsi l'absence d'outils indispensables de pilotage, par exemple d'un référentiel d'équipement pour aider les services déconcentrés dans leur travail de planification, ou d'une convention type pour la réforme de la tarification.

Une fonction de contrôle à renforcer

Des instructions ministérielles répétées demandent aux directions régionales et départementales de renforcer leurs contrôles des établissements.

Toutefois, les services déconcentrés ne sont pas en état de mener à bien des programmes d'envergure. Le nombre d'inspections demeure réduit.

Par ailleurs, les visites de contrôle se confondent souvent avec des visites d'évaluation, notamment avec les visites dites de pré-conventionnement, alors que leurs logiques devraient être mieux séparées : contrôle d'un côté au regard notamment de normes de sécurité, évaluation de l'autre dans une perspective contractuelle.

Recommandations

→ Développer et systématiser les outils de connaissance de la population dépendante, de ses besoins et de son évolution. Réaliser des enquêtes régulières quantitatives et qualitatives sur les équipements et services existants et sur ceux qui seraient nécessaires pour répondre aux besoins. Décliner ces travaux au niveau départemental pour donner aux départements des outils d'aide à la décision et en faciliter le suivi national.

→ Veiller à ce que la CNSA se dote d'un système d'information fiable permettant de suivre les actions menées et les dépenses réalisées par les départements pour l'APA. Prendre en compte au besoin, dans la fixation des dotations de péréquation, le non

respect des obligations de transmission d'information qui incombent aux départements et les anomalies constatées dans la gestion départementale de l'APA.

→ Engager un regroupement des moyens consacrés par les DDASS à la politique en faveur des personnes âgées au niveau régional et recentrer l'activité des services déconcentrés sur le contrôle et l'évaluation des établissements.

→ Développer les outils de pilotage national, notamment les référentiels d'équipement et les conventions types.

III - La nécessité d'assurer la continuité des parcours

Une forte dispersion des autorités compétentes

L'accroissement de l'âge moyen des résidents en institution et l'aggravation de leur état de santé exigent une médicalisation accrue des structures et le recours à des soignants extérieurs. A domicile aussi, les personnes ont recours aux soins de ville. Pour l'ensemble des personnes âgées dépendantes, des séjours à l'hôpital doivent parfois être envisagés.

Cette imbrication pose la question de la coordination des deux secteurs médico-social et sanitaire, coordination d'autant plus difficile qu'ils relèvent d'autorités différentes : le premier relève des départements et des DDASS, le second relève des CPAM pour les soins de ville et des ARH pour les hôpitaux et, jusqu'en 2005, pour les USLD. Cette multiplication des autorités compétentes nuit à l'articulation des politiques médico-sociales et sanitaires.

S'ajoute la complexité liée à l'organisation dispersée de l'assurance maladie (CPAM pour les soins de ville et le versement des dotations aux établissements, URCAM pour les relations avec les professionnels libéraux, CRAM pour les relations avec

les établissements et le suivi de leur activité, échelon régional du service médical).

Des outils de planification différents

Alors que la planification gériatrique relève des départements, la planification sanitaire (schémas régionaux d'organisation sanitaire, SROS) relève des ARH. Les travaux d'élaboration des schémas gériatriques et des SROS ne sont pas systématiquement coordonnés, ce qui rend difficile l'organisation d'une complémentarité entre structures médico-sociales et sanitaires.

Plus généralement, l'installation des équipements suit une logique en "tuyaux d'orgue" ne prenant qu'imparfaitement en compte la complémentarité des offres : ainsi, l'implantation des SSIAD décidée par le préfet de département ne prend en compte que marginalement le taux d'équipement en infirmières libérales ; elle n'est pas corrélée non plus au taux d'équipement en services d'aide à domicile autorisés par le président du conseil général. Le taux d'équipement en places d'établissements, compétence du préfet et du président du conseil général, n'est corrélé ni au taux d'équipement en services d'aide et de soins à domicile ni à l'équipement sanitaire, compétence de l'ARH.

Des initiatives de coordination gérontologique non harmonisées

En 2000, le ministère des affaires sociales a lancé la création dans les départements de centres locaux d'information et de coordination (CLIC) qui ont pour vocation d'offrir aux personnes âgées un lieu d'écoute et d'information sur l'offre de services dont elles peuvent bénéficier localement. Ces centres peuvent également être appelés à évaluer les besoins de la personne et aider à définir un plan d'aide individualisé.

Alors que l'objectif était en 2000 de créer 1 000 CLIC à l'horizon 2005, seuls 516 CLIC avaient été créés fin 2004 et seuls 22 départements avaient achevé le

maillage de leur territoire, et ce, malgré le pilotage actif du ministère des affaires sociales. La portée des CLIC et le nombre d'acteurs qu'ils permettent effectivement de coordonner sont très variables. Des évaluations systématiques sur ce thème n'ont pas encore été menées.

Enfin, les CLIC ont été créés alors que des initiatives de développement de réseaux gérontologiques de santé existaient déjà. Ces structures dont les objectifs sont très proches de ceux des CLIC, même s'ils sont plus axés sur la prise en charge sanitaire, fonctionnent donc de façon parallèle sans synergie, sous des autorités et avec des financements différents.

Recommandations

➔ Mieux organiser la participation des caisses d'assurance maladie à la définition et à la mise en oeuvre de la politique d'accueil des personnes âgées dépendantes ;

➔ Prévoir la participation des ARH à la gestion de l'enveloppe de l'ONDAM médico-social ;

➔ Assurer une meilleure concertation entre les représentants de l'Etat, de l'assurance maladie et des

départements pour l'élaboration des SROS et des schémas gérontologiques, pour l'organisation des réseaux de santé et des CLIC.

➔ Développer des référentiels globaux prenant en compte la complémentarité de l'offre sur un territoire donné.

Recommandations finales

L'offre de services, de prestations et de places en établissement demeure insuffisante, mal répartie sur le territoire national, et ne répond qu'imparfaitement au besoin de globalité et de continuité des prises en charge.

Le système de financement d'ensemble est particulièrement hétérogène et la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ne fait qu'ajouter au système un élément de complexité.

Le paysage institutionnel est lui aussi complexe et incertain. D'une part, en dépit de l'affirmation d'une décentralisation accrue, l'État entend garder le contrôle des financements de l'assurance maladie pour les soins tant en institution qu'à domicile. D'autre part, pour ce qui le concerne, il maintient deux autorités de tutelle distinctes sur le secteur sanitaire (ARH) et médico-social (Préfet).

En fait, il n'y a pas eu de choix explicite entre différentes logiques : une logique d'assurance sociale avec cotisation affectée et gestion administrative par les caisses ; une logique sanitaire regroupant sous un pilotage analogue à celui des ARH les moyens des services de l'État et des caisses ; une logique fondée sur la proximité avec pleine compétence des collectivités décentralisées pour la détermination des politiques, des ressources et des modalités de gestion.

L'organisation administrative et financière du système n'est pas ainsi en

mesure de répondre aux aspirations premières des personnes, qui sont la simplicité, la rapidité de la décision et l'efficacité des aides.

Sur le fondement des constats et du bilan qu'elle a dressés, la Cour estime que trois idées force doivent guider la politique en faveur des personnes âgées dépendantes pendant les prochaines années :

1) S'agissant de l'organisation des prises en charge, il faut assurer la continuité des interventions pour adapter les réponses aux besoins spécifiques des personnes concernées.

Pour les personnes les moins dépendantes, qui sont les plus nombreuses et doivent être prises en charge pour des durées longues, il faut envisager une organisation des soins à domicile, assurant la cohérence avec l'action des infirmiers libéraux, offrant la possibilité de travail en ville pour les aides soignants (hors SSIAD) et ouvrant des formations aux aidants familiaux.

Pour les personnes plus dépendantes mais qui peuvent être maintenues à domicile, les SSIAD, dont le nombre de places doit être augmenté, constituent la meilleure réponse.

Pour les personnes fortement dépendantes ou sans appui familial, les EHPAD, avec une médicalisation plus poussée que ce qui est prévu aujourd'hui et l'appui d'équipes mobiles de soins gériatriques, sont indispensables.

Enfin, pour les personnes totalement dépendantes, il convient de redéfinir le rôle des USLD.

2) En ce qui concerne les aides financières de la collectivité aux personnes, le système doit être simplifié mais aussi recentré sur celles dont les revenus sont les plus faibles et dont la dépendance est la plus forte. De ce point de vue, une réflexion mériterait d'être engagée sur l'articulation du dispositif APA avec les allègements fiscaux consentis pour l'emploi d'un salarié à domicile. La mobilisation de ressources supplémentaires peut aussi provenir du développement de l'assurance dépendance pour les catégories de population dont les revenus sont élevés. En outre, un programme de mobilisation des capacités de financement du secteur public pour des créations de places supplémentaires dans les établissements d'hébergement, au-delà de ce que l'investissement privé apportera, doit être rapidement mis en place.

3) Un programme d'une telle ampleur, qui implique de profondes réformes, ne pourra être mené à bien que si l'Etat réorganise lui-même ses structures dans le sens de la rationalité et de la simplification.

D'une part, il doit restructurer ses services déconcentrés concernés par ce programme (DDASS et DRASS) et recentrer leur activité au niveau régional sur des missions de contrôle, d'évaluation et de prospective.

D'autre part, il doit clarifier et mieux articuler les rôles respectifs des principaux décideurs étatiques au niveau régional (Préfet/DRASS et ARH) tout en facilitant une programmation fondée sur une coopération active avec les autorités départementales pour parvenir à plus de cohérence entre les planifications sanitaire et médico-sociale.

La Cour souligne enfin que la dépendance a plusieurs dimensions, que ses facteurs ne se réduisent pas à des modifications des capacités physiques, intellectuelles et psychiques des personnes, qu'elle est en fait autant une situation sociale qu'un état physiologique, qu'il est donc capital de soutenir et renforcer les initiatives et les réseaux qui luttent contre l'isolement à domicile ou le confinement en institution, maintiennent le lien social et garantissent la continuité, la coordination et l'adaptation des services autour de la personne âgée dépendante et de son entourage.