



Approche du coût de la dépendance des personnes âgées à domicile

Anne LOONES

Avec la collaboration de :
Elodie DAVID-ALBEROLA
Sonia EUGENE

CAHIER DE RECHERCHE N° 221

DECEMBRE 2005

Département « *Evaluation des politiques sociales* »
dirigé par Marie-Odile SIMON

Cette recherche a bénéficié d'un financement au titre de la subvention recherche attribuée au CREDOC.

Pour vous procurer la version papier, veuillez contacter le Centre Infos Publications,
Tél. : 01 40 77 85 10 , e-mail : ezvan@credoc.fr

SOMMAIRE

SYNTHÈSE	7
Rappel des objectifs	7
Volume de personnes concernées	8
Les masses financières en jeu	8
Les Disparités de coût	9
L'effet de l'organisation du dispositif sur les inégalités de coût	11
INTRODUCTION	13
Une approche financière de la dépendance...	13
... d'autant plus intéressante depuis l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)	14
Une approche centrée sur le domicile	15
Les diversités départementales	15
Problématique	16
Méthodologie	17
1ÈRE PARTIE : PANORAMA DE LA DÉPENDANCE À DOMICILE EN FRANCE	19
I. Quelle compréhension sociale de la dépendance ?	19
I.1 La notion de désavantage ou de handicap dans notre société	19
I.2 Principales définitions de la dépendance	21
I.3 Des grilles relativement convergentes, notamment pour les dépendances les plus sévères.....	24
I.4 Le rôle institutionnel de la grille AGGIR	26
II. Combien de personnes dépendantes à domicile en France ?	27
II.1 Données démographiques.....	27
II.2 Une large majorité vit à domicile	28
II.3 500 000 personnes dépendantes à domicile en France	30
II.4 Les évolutions attendues	32
Conclusion	35

2ÈME PARTIE : UNE ESTIMATION NATIONALE ET GLOBALE DU COÛT DE LA DÉPENDANCE.....	37
I. L'aide apportée aux personnes âgées.....	39
I.1 Les aidants dits naturels.....	39
I.2 L'aide professionnelle	41
I.3 Les aides techniques	43
II. La prise en charge financière de la dépendance.....	44
II.1 Les départements : un rôle majeur depuis l'APA.....	44
II.2 Le poids de l'APA : 2,6 milliards de dépenses nettes	45
II.3 L'action de l'Etat.....	49
II.4 Les communes.....	54
II.5 Les caisses de retraite.....	56
II.6 Les mutuelles, les assurances	59
II.7 De nouveaux acteurs économiques	60
II.8 Des actions qui peuvent conjuguer les besoins de catégories de populations différentes	60
II.9 La participation de la personne âgée	61
Conclusion.....	64
3ÈME PARTIE : L'INFLUENCE SUR LES COÛTS DE LA DIVERSITE DE PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE AU NIVEAU DES DÉPARTEMENTS	65
I. Des contextes locaux divers	66
I.1 Une offre et une demande non uniformément réparties sur le territoire	66
I.2 La mise en place différenciée du dispositif APA entre départements.....	70
II. Un zoom sur trois départements.....	74
II.1 Description des situations.....	74
II.2 La complexité et la variabilité des coûts	75
II.3 L'impact du partenariat sur les coûts pour la personne âgée.....	83
Conclusion.....	86
CONCLUSION.....	89
BIBLIOGRAPHIE.....	91
ANNEXES	93

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Le nombre de personnes âgées dépendantes à travers les principales grilles d'évaluation de la dépendance.....	25
Figure 2 : les personnes de 60 ans et plus par sexe en 1999, France métropolitaine.....	27
Figure 3 : En 2004, la population des 75 ans et plus augmente	28
Figure 4 : Répartition des personnes âgées selon leur lieu de vie en 1999	29
Figure 5 : Répartition des personnes âgées selon leur mode de vie et le sexe en 1999.....	29
Figure 6 : Répartition des personnes âgées par équivalent GIR en 1999.....	31
Figure 7 : Répartition des personnes âgées par équivalent GIR en 1999.....	32
Figure 8 : Evolution projetée des parts de 65 et de 75 ans et plus.....	33
Figure 9 Répartition de la population par âge (en milliers d'individus).....	34
Figure 10 Projections du nombre de personnes dépendantes d'ici 2025.....	34
Figure 11 : Les aides financière des ménages (en milliards de francs - 1995).....	40
Figure 12 : Les attentes en services et équipements des seniors 50-65 ans.....	44
Figure 13 : Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale par prestation	45
Figure 14 Financement de l'APA depuis 2002	46
Figure 15 : Coût de la dépendance pour les départements	49
Figure 16 Financement de l'APA depuis 2002	50
Figure 17 Part respective des cofinanceurs des CLIC en 2002 et 2004	51
Figure 18 Les différentes modalités d'emploi d'une aide à domicile - réductions fiscales et exonérations de charges patronales associées	53
Figure 19 : Coût de la dépendance pour l'Etat.....	54
Figure 20 La répartition du financement de l'aide ménagère depuis l'APA.....	56
Figure 21 Barème de participation 2005 du régime général (applicable aux retraités résidant en métropole et dans les départements d'outre-mer).....	57
Figure 22 Barème de participation de la personne âgée au financement du plan d'aides en 2002 et après 2003	62
Figure 23 Barème de participation de la personne âgée au financement du plan d'aides en 2002 et après 2003	63
Figure 24 La répartition des rôles des acteurs dans la prise en charge de la dépendance	64
Figure 25 : Les départements où la part des 75 ans et plus est la plus faible et où elle est la plus forte	67
Figure 26 Revenu fiscal moyen par département en 2004 – Les départements où ce revenu est le plus élevé et où il est le plus faible	68
Figure 27 Quelques disparités dans l'offre de soins en France	69
Figure 28 Montants maximaux des plans d'aide au 1 ^{er} janvier 2005	72
Figure 29 Couverture territoriale des différents cofinanceurs des CLIC	73
Figure 30 : Caractéristiques des départements étudiés.....	75
Figure 31 : Nombre et part des personnes âgées par département	93
Figure 32 Revenu moyen par département.....	96

SYNTHÈSE

RAPPEL DES OBJECTIFS

Le paysage de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées a énormément évolué avec la création de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en 2002. Ce dispositif a institué une véritable aide pour tous, égale sur tout le territoire pour un même niveau de dépendance. Cette aide est dégressive en fonction du revenu, mais n'est jamais nulle, pour les personnes ayant un niveau minimal de dépendance. Ce niveau de dépendance est estimé par une équipe médico-sociale se rendant au domicile de la personne.

Si l'APA, financée par les Conseils Généraux, a un poids financier important, elle ne représente pas la seule source de financement pour le maintien à domicile : l'Etat, les collectivités locales, les caisses de retraite, les mutuelles et les assurances, ainsi que le Conseil Général par le biais d'autres lignes budgétaires sont aussi impliqués dans la prise en charge de la dépendance au domicile. Au final, la personne âgée et sa famille contribuent également largement au financement : ils ont à charge ce qui n'a pas été pris par d'autres financeurs.

Dans ce contexte, ce cahier de recherche avait deux principaux objectifs : mesurer le coût financier global que représente la prise en charge de la dépendance en France, en cumulant les budgets de chacun des acteurs concernés, et repérer les disparités de ces participations sur le territoire et leur impact sur le reste à charge pour une personne âgée.

Afin de bien étudier la complémentarité des financements avec l'APA, notre cahier de recherche s'est concentré sur les personnes dépendantes au sens de l'APA, soit les GIR 1 à 4.

D'autre part, étant donné qu'un des objectifs était de repérer la diversité des coûts pour la personne âgée, le domicile offrait un terrain plus riche que l'institution. A domicile, les tarifs sont plus nombreux car plusieurs services peuvent être mobilisés. En institution, la diversité des coûts tient en grande partie aux pratiques tarifaires des établissements alors qu'à domicile, elle tient aux tarifs de l'aide à domicile, de la téléalarme, du portage des repas, à l'implication ou non des communes ou du Conseil Général dans un de ces services, au type d'emploi choisi par la personne âgée (prestataire,

mandataire, gré-à-gré), etc. **Notre cahier de recherche s'est donc concentré sur les personnes dépendantes vivant à domicile.**

VOLUME DE PERSONNES CONCERNÉES

Entre 525 et 570 000 personnes de 60 ans et plus vivent actuellement à domicile dans une situation de dépendance. La moitié d'entre elles souffrent d'une dépendance modérée, moins de 5% sont dans une situation de dépendance physique et psychique lourde.

Dans les années à venir et notamment dans une vingtaine d'années, la génération du baby boom approchera des 80 ans. Même si les gains en espérance de vie continuent de s'accompagner d'une baisse de la prévalence de la dépendance (la durée de vie avec incapacité diminue), le nombre de personnes dépendantes va fortement croître : il est estimé à près d'un million en 2025 dans le scénario central de l'INSEE.

A cet effet démographique, il faut ajouter l'énorme impulsion institutionnelle depuis 2002 avec le dispositif APA et les volontés politiques exprimées en faveur des personnes âgées et de leur maintien à domicile. Ceci a eu pour effet de solvabiliser une demande et de créer une forte dynamique dans le secteur de l'aide à domicile.

LES MASSES FINANCIÈRES EN JEU

Le maintien à domicile d'une personne fait intervenir un certain nombre d'acteurs qui aident la personne âgée, qu'ils soient rémunérés ou non, et divers financeurs. Les organisations mises en place sont multiples, coordonnant souvent des aidants dits « naturels » (enfants, voisins) et des professionnels, l'APA ayant permis d'avoir recours plus facilement aux aidants professionnels¹.

Depuis l'APA, **le département** est pilote puisqu'il a en charge le dispositif, il attribue et verse les prestations. 5,4 milliards d'euros sont dépensés à ce titre, qui sont financés à hauteur d'un tiers par une dotation de l'Etat via la Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie (CNSA) et le reste par les impôts locaux. Les départements ont également une action extralégale ou facultative en faveur des personnes âgées, d'un montant de 2,4 milliards d'euros. Il est néanmoins difficile de mesurer la part de ce budget qui concerne des personnes dépendantes au sens de la définition APA

¹ En normalisant le recours à l'aide professionnelle, elle a également contribué à déculpabiliser les aidants naturels, qui concevaient souvent cette aide extérieure comme une démission.

L'Etat participe à la prise en charge de la dépendance principalement par sa contribution à l'APA, à hauteur de 1,4 milliard d'euros et, pour le financement des soins infirmiers à domicile, pour 1 milliard. Le montant de sa participation au coût de la dépendance est deux fois moins élevé que celui des départements, mais il n'est pas nul. L'Etat participe également à la prise en charge de la dépendance via l'ANAH pour un montant de 32 millions d'euros et par les exonérations de charges patronales et les réductions fiscales liés à l'emploi de personnes à domicile, manque à gagner que nous n'avons pas pu estimer.

Les caisses de retraite ont un rôle plus secondaire auprès des personnes âgées dépendantes depuis l'APA. Leur champ de compétences en matière d'aide ménagère s'est recentré sur les GIR 5 et 6. **L'action de la CNAV** pour les GIR 1 à 4 ressortissants du régime général se limite aujourd'hui aux aides à l'amélioration de l'habitat et à deux nouvelles expérimentations, l'aide au retour d'hospitalisation et l'hébergement temporaire. Cela représente 25 millions d'euros, tout niveau de dépendance confondu.

Enfin, la participation **des personnes** a été estimée à 0,5 milliards d'euros. Elle correspond uniquement à la somme qu'il reste à charge dans le plan d'aides financé par l'APA. Ce sont les seules données macroéconomiques existantes. Ne sont donc pas comprises toutes les dépenses qui ne sont pas comprises dans le plan d'aides APA (en particulier les travaux pour adapter le logement).

Au total, **ce sont près de 8 milliards d'euros qui ont été identifiés au titre du coût de la dépendance**, essentiellement à la charge des départements et de l'Etat.

Dans ce décompte, beaucoup d'éléments manquent, notamment l'action des communes qu'on sait multiple et quasi-systématique mais dont le montant n'est pas estimé au niveau national. De même pour la personne âgée, les dépenses hors plan d'aides ne sont pas intégrées.

On notera néanmoins que cet exercice de quantification du coût global de la dépendance est assez nouveau. Si le bilan de l'APA est facilement accessible, les autres données le sont beaucoup moins et ne sont pas mises en perspective.

LES DISPARITÉS DE COÛT

Face à un dispositif qui affiche dans ses objectifs la distribution d'un montant égal sur tout le territoire, nous souhaitons savoir dans quelle mesure les personnes âgées avaient effectivement des niveaux de dépenses comparables lorsqu'elles avaient besoin des mêmes services et qu'elles habitaient dans des localités différentes. En effet, nous savions déjà à travers les statistiques que les départements

n'ont pas le même niveau de dépenses potentiel puisque la part des personnes âgées de 75 ans et plus varie du simple au triple sur le territoire et que le revenu imposable moyen varie du simple au double. La dotation du CNSA prend d'ailleurs en partie en compte cette hétérogénéité.

Au-delà de ces différences socio-démographiques, nous avons pressenti à travers des études précédentes une grande diversité dans les prises en charge locales : une commune ou un Conseil Général peut décider de mener une action spécifique qui abaisse fortement le coût de tel ou tel service et qui diminue d'autant les dépenses auxquelles doit faire face la personne âgée. Cette impression a été confirmée par des monographies menées dans trois départements différents :

- a) un urbain où l'offre de services est pléthorique et où la part de 75 ans et plus est inférieure à la moyenne nationale ;
- b) un second où l'offre de services est centralisée dans la préfecture autour de laquelle le territoire est rural et où la part de 75 ans et plus est égale à la moyenne nationale ;
- c) un troisième rural et où la part de 75 ans et plus est supérieure à la moyenne nationale ;

Ces monographies, qui s'appuient dans chaque département sur la réalisation d'une quinzaine d'entretiens auprès des principaux acteurs locaux impliqués, ont montré **l'énorme diversité** dans les tarifs proposés à la personne âgée, notamment au niveau de l'aide à domicile qui représente l'essentiel des dépenses dans un plan d'aides.

Certains facteurs d'explication sont communs à tout le territoire : une heure d'aide à domicile a un coût variable, par exemple, selon qu'elle est effectuée en mode prestataire, mandataire ou en emploi direct. La fourchette est comprise entre 8 et 17 euros environ. A cette différence s'ajoute le fait que le montant de l'heure d'aide à domicile en mode prestataire est fixé par le Conseil Général : les trois exemples pris montrent que l'écart peut être d'au moins deux euros, mais il est possible qu'il soit en fait plus important.

Pour les autres services, on constate également des écarts de prix qui peuvent être importants, même si les conséquences sur le coût global du plan d'aides sont moindres. Ainsi, le département A mène une action spécifique en matière d'offre de téléalarme : l'abonnement proposé n'est que 9 euros alors que les prix du marché oscillent entre 25 et 35 euros. Dans le département B, l'accent est plutôt mis sur les aides à l'amélioration de l'habitat : dans tout le département, quelle que soit leur caisse de retraite et leur régime, les personnes ont un même niveau d'aides et se renseignent à un guichet unique. La centralisation des demandes et la gestion des dossiers incite probablement plus de gens à solliciter les aides. Il y a donc probablement un effet sur le coût.

A la diversité de tarifs proposés à la personne âgée correspond des **écarts de recettes** pour les services d'aide à domicile. Le tarif du Conseil Général pour le prestataire peut ainsi être une

contrainte pour un service lorsque son coût de revient est supérieur au coût tarifé. Les entretiens menés dans les trois départements ont montré les difficultés et craintes rencontrées par les services prestataires d'aide à domicile : ils doivent faire face à une demande qui a explosé et qu'ils ne peuvent pas toujours satisfaire dans des délais raisonnables. Pour faire face à cette demande, ils essaient de rendre le métier et donc la rémunération plus attractive mais ces efforts se reportent sur la personne âgée si les pouvoirs publics ne compensent pas, ce qui incite les personnes qui ont besoin de nombreuses heures à avoir recours à l'emploi direct, où la qualité est moins garantie mais où le prix est inférieur. On en arrive à une situation paradoxale où des personnes dans un état de dépendance sévère ont recours à davantage d'heures en emploi direct qu'en mode prestataire alors même que la volonté des pouvoirs publics est de professionnaliser le prestataire et ainsi de sécuriser le maintien à domicile même dans les cas de dépendance importantes. L'alternative professionnalisation et limitation des coûts est relancée avec la Loi Borloo qui encourage les emplois directs, sans évoquer la question de la qualification du personnel.

La situation actuelle de services d'aide à domicile saturés et de demande croissante de cas de dépendance sévères à domicile pose la question des effets de l'APA, qui a peut-être fait croire sans réserve que le maintien à domicile était presque toujours possible, même pour des états de santé sévères.

L'EFFET DE L'ORGANISATION DU DISPOSITIF SUR LES INÉGALITÉS DE COÛT

Les monographies des départements ont également permis de faire un lien entre l'organisation du dispositif et les inégalités de coût pour les habitants. Dans le département A, le partenariat avec les communes est développé. Il a permis la mise en place d'un tarif très préférentiel pour la téléalarme. Dans cette configuration, les communes, qui sont toutes de grande taille ; ont développé leur propre action et donc le coût pour la personne âgée varie d'une commune à l'autre.

Dans le département B, le dispositif est très centralisé : le Conseil Général a développé un partenariat avec la MSA et la préfecture de département pour les évaluations APA, il en a développé une autre avec les caisses de retraite pour le guichet habitat. Le partenariat avec les communes semble limité avec la préfecture. Cette configuration implique plutôt des coûts égaux pour tous les habitants du département avec des écarts sur certaines zones liés à l'action d'une commune.

Enfin, dans le département C rural, le partenariat avec les autres institutionnels et les communes semble moins abouti, aucune action commune n'a été repérée. Cette configuration implique des tarifs préférentiels sur certaines zones, mais dans la plupart des cas, les habitants font face aux coûts fixés au niveau départemental ou par les enseignes nationales.

INTRODUCTION

UNE APPROCHE FINANCIÈRE DE LA DÉPENDANCE...

En reprenant la littérature existante, on peut définir la prise en charge de la dépendance et donc son coût comme *l'aide apportée par un tiers à une personne âgée dépendante afin de satisfaire ses besoins d'accomplir les actes nécessaires à la vie quotidienne*. Cette définition induit deux dimensions : **l'aide humaine** apportée par un proche ou par un professionnel et **l'aide financière** pour supporter les dépenses.

L'approche **non financière** est plutôt analysée par la sociologie, et notamment par la sociologie de la famille². La dépendance a des conséquences au niveau relationnel et organisationnel pour la famille et l'entourage de la personne âgée, mais aussi pour des aidants professionnels réguliers. Ces analyses mettent en avant la difficulté pour la famille à gérer la dépendance d'un parent : prendre conscience des difficultés et de la dégradation de l'état de santé mental et/ou physique du parent, prendre conscience des limites de son intervention, décider de mettre en place une aide professionnelle puis le suivi de cette aide, tout en restant impliqué auprès de la personne âgée. La dépendance peut modifier durablement la vie des aidants non professionnels : ne plus partir en week-end ou en vacances, ou le faire avec un fort sentiment de culpabilité si on laisse le parent en hébergement temporaire, par exemple. La littérature abonde d'analyses sur ces aspects qui vont même jusqu'à évoquer la notion de *burden ou de fardeau* pour désigner la personne dépendante par rapport à la famille et celle d'*épuisement des aidants*³. Certains dispositifs insistent d'ailleurs autant sur l'aide aux aidants que sur l'aide apportée à la personne âgée dépendante. Ces phénomènes sont d'autant plus lourds lorsque la personne âgée souffre de problèmes psychiques, de maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées. Voir sa mère ou son père ne plus avoir sa « tête », se dégrader physiquement ou encore avoir des comportements étranges et dérangeants est difficile à vivre au quotidien. De plus en plus, des groupes de paroles se créent d'ailleurs pour soulager les familles, les amener à se rencontrer, à parler et à échanger pour rompre leur isolement et trouver ses solutions alternatives temporaires pour se ressourcer. L'extrême fatigue des aidants, en particulier des conjoints, est souvent une cause d'entrée en institution.

² Cf. Par exemple, les travaux d'Attias-Donfut relatifs aux transferts entre générations et à la solidarité familiale qui incluent également un volet financier.

³ Le *burden* est un terme anglo-saxon pour désigner au sujet de l'aide informelle le fardeau des aidants. Cf. notamment l'échelle de Pearlin et de Zarit qui mesure « l'ensemble des conséquences physiques, psychologiques, sociales, financières et émotionnelles supportées par les aidants ». *Le burden : un indicateur spécifique*, *Gérontologie et Société*, juin 1999.

L'approche **financière** est, quant à elle, plutôt analysée dans un contexte économique au niveau des budgets et des comptes de la protection sociale. La dépendance induit des coûts pour la personne âgée : recours à des aidants professionnels, location ou achat de matériel technique, consommation médicale, etc. que la collectivité prend partiellement en charge. Un reste à charge trop élevé peut entraîner soit un maintien à domicile dans de mauvaises conditions, où la sécurité de la personne âgée et son confort n'est pas assurée, soit une rupture du maintien à domicile et un placement en institution.

Plusieurs financeurs se partagent les coûts : l'Etat, les Conseils Généraux, les collectivités locales, les caisses de retraite, les mutuelles, les assurances et bien sûr la personne âgée et sa famille.

De par les enjeux financiers, de nombreuses statistiques sont établies au niveau national mais aussi départemental pour les budgets et la prévision des dépenses futures. Elles sont néanmoins extrêmement complexes et pas toujours très faciles à collecter.

... D'AUTANT PLUS INTÉRESSANTE DEPUIS L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)

A partir de 1998 s'est mise en place une prestation destinée à aider les personnes âgées dépendantes pour financer les aides nécessaires au quotidien. En 2001, le bilan de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) laissait les gouvernants insatisfaits : 135 000 personnes bénéficiaient de cette aide alors que les personnes en perte d'autonomie étaient estimées à 800 000. Les conditions de ressources et le niveau de dépendance pris en compte par cette prestation restreignaient trop le champ d'intervention. En pratique, la gestion de la PSD entraînait des niveaux de prise en charge très différents selon les départements et les caisses de retraite.

Au 1^{er} janvier 2002, un nouveau dispositif a été créé pour aider les personnes en situation de dépendance : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. L'APA devait créer **un droit universel** : toutes les personnes ont droit à cette allocation, même si le montant est dégressif en fonction du niveau de revenus ; **un droit égal** : sur tout le territoire, pour un même niveau de dépendance et de revenus, le même montant est versé ; **un droit personnalisé** : en se basant sur une évaluation globale des besoins de la personne qui donne lieu à l'élaboration d'un plan d'aides, l'APA individualise la réponse en fonction des besoins, des services existants localement et du niveau de revenus.

La mise en place de ce dispositif a bouleversé le paysage de la dépendance. Si seulement 150000 personnes percevaient la PSD, près de 900 000 personnes bénéficient actuellement de l'APA (domicile et institution). Cette aide profite donc à un large public suscitant ou solvabilisant une demande et impulsant une forte dynamique dans le secteur de l'aide à domicile.

Ce dispositif a profondément modifié les relations partenariales et les montages financiers permettant d'assurer la prise en charge des frais suscités par la dépendance. **Ce sont ces articulations que nous souhaitons plus particulièrement étudier ici, c'est pourquoi notre cahier de recherche se limite à étudier le coût de la dépendance pour les personnes dans le champ de l'APA (GIR 1 à 4).**

UNE APPROCHE CENTRÉE SUR LE DOMICILE

L'APA peut être versée à une personne vivant à domicile ou en institution. Dans ce cahier de recherche, **le champ d'investigation se limite à la dépendance à domicile**. De nombreux travaux⁴ ont montré que les personnes âgées souhaitent majoritairement rester chez elles le plus longtemps possible et il n'est pas rare que ce soit le coût du maintien à domicile qui les empêche de continuer à y vivre. La prise en charge de la dépendance en institution a également un coût non négligeable, qu'il aurait été intéressant d'intégrer pour compléter notre vision. Néanmoins, notre approche est centrée sur la personne âgée et son entourage, sur tout ce qui se modifie et se budgete lorsqu'un parent âgé devient dépendant. Dans cette optique, le maintien à domicile est une problématique beaucoup plus riche que l'institution où le proche délègue, en quelque sorte, la prise en charge de son parent, et où le coût est globalisé. La richesse du domicile tient aux choix d'organisation et de prise en charge financière des individus qui gèrent, mais aussi aux relations et aux adaptations de chaque acteur face à cette situation. Quelques données de cadrage permettront toutefois de relativiser le poids du domicile vis-à-vis de l'institution.

LES DIVERSITÉS DÉPARTEMENTALES

L'APA est attribuée en fonction d'une grille nationale en vigueur sur tout le territoire, avec des montants égaux quel que soit le département où habite la personne âgée. Mais si chaque personne âgée est aidée d'un montant égal, est-il vrai qu'elle doit faire face aux mêmes dépenses ? Le coût d'un service à domicile n'est pas le même en plein Paris et en milieu rural ou montagnard où les frais de déplacement pour l'aide ménagère diffèrent. De même, l'état du logement, la proximité des aidants, l'action sociale développée par la commune, le Conseil Général, son régime de retraite sont autant de critères faisant varier le coût auquel la personne devra faire face. **Un des objectifs de ce cahier de recherche est de détailler les paramètres qui interviennent dans le coût des services et de mesurer les variations sur le coût réel, ainsi que sur le reste à charge pour la personne âgée.**

⁴ Par exemple, « Vieillir à Paris », programme d'étude réalisé par le CREDOC en 2000 à la demande de la Ville de Paris.

De plus, l'examen des données nationales laisse entrevoir des lacunes, notamment au niveau des prestations prises en charge par les municipalités. Si le bilan financier de l'APA est bien connu, la participation des mairies dans le portage de repas, la téléalarme ou les transports par exemple n'est pas connue. De plus, depuis l'APA, raisonner au niveau national devient inopérant, puisque ce sont les départements qui ont en charge la gestion du dispositif. Les dispositifs locaux s'avèrent très différents avec des disparités qui se traduisent par des écarts de coûts. Ainsi, dans un département, le Conseil Général subventionne la téléalarme, par exemple, en offrant à tous ces habitants un tarif de 9 euros alors que dans un autre département, rien n'est organisé, laissant comme seul choix à la personne âgée le tarif du marché soit environ 30 euros. Cet exemple parmi tant d'autres interroge et incite à se pencher sur les réalités locales et leurs conséquences sur le reste à charge des personnes âgées.

PROBLÉMATIQUE

Deux principales questions ont motivé ce cahier de recherche :

- 1) La dynamique mise en place par l'APA a un coût. A combien s'élève-t-il ? Qui prend en charge ce coût ? **A combien peut-on estimer la somme allouée à la dépendance au niveau national ?** Et quelle est la répartition financière entre les différents institutionnels ? Quelle part reste à la charge de la personne âgée ? Il s'agit ici de calculer **un coût global de la dépendance**, et de rompre avec l'approche par institution, qui ne permet pas d'avoir une idée du montant total de l'argent dépensé sur cette question.
- 2) L'APA étant un droit égal sur tout le territoire, les dépenses sont-elles égales sur tout le territoire ? A combien peut-on estimer la somme allouée à la dépendance au **niveau départemental** ? Comment évolue la répartition financière entre les différents institutionnels ? Et la part restant à la charge de la personne âgée ? Quelles sont les écarts entre département ? Nous prendrons comme exemple trois départements.

Sur la base de cette double problématique, le cahier de recherche s'articule en trois parties :

- 1) Dans un premier temps, nous nous attacherons à décrire **la compréhension sociale de la dépendance en France**, en particulier la définition de la dépendance et le nombre de personnes concernées aujourd'hui et à moyen terme ;
- 2) La deuxième partie offre une **vision nationale et globale de la prise en charge de la dépendance** : quels sont les acteurs impliqués ? Que représente la dépendance en termes de coût ? Comment ce coût se répartit-il entre les différents acteurs ?
- 3) Enfin, la troisième partie pointe les disparités départementales tant au niveau de l'organisation, des pratiques que des coûts et **le lien entre le contexte local et le coût** pour tenter de mesurer l'impact sur le reste à la charge de la personne âgée.

MÉTHODOLOGIE

Pour répondre à ces questions, nous avons travaillé en deux temps :

- ⇒ La collecte et l'exploitation de données auprès des principaux organismes concernés par le financement de la dépendance, ainsi que les principales études réalisées sur ce sujet depuis la mise en place de l'APA
- ⇒ La sélection de trois départements ayant des caractéristiques diversifiées au regard de notre sujet d'étude puis la réalisation d'entretiens avec les principaux acteurs œuvrant dans le champ de la dépendance. Entre douze et quinze entretiens ont été menés par département auprès du Conseil Général, de la DDASS, d'un échantillon de communes, de services d'aide à domicile, de CLIC⁵, de services de soins infirmiers afin d'avoir une vision globale de l'organisation du dispositif et du coût pour les différents acteurs impliqués.

Lors des entretiens menés avec les institutionnels, la question de ce qu'on considérait comme coût de la dépendance n'était pas toujours évidente pour deux principales raisons :

Qu'entendait-on par coût ? Si on considérait les coûts comme les dépenses, comme cela a été le cas dans le cahier de recherche, les personnes interrogées considéraient en général que face à ces coûts, des recettes y étaient associées ce qui garantissait l'équilibre. Ainsi, contrairement à la notion de dépenses, celle de coût semble être connotée négativement : comme si on y perdait quelque chose. C'est pourquoi, les institutionnels étaient souvent interloqués par ce terme qui leur paraissait inapproprié.

D'autre part, si le coût de la dépendance était une expression qui semblait familière car les politiques l'utilisent et s'interrogent sur le coût d'un placement en institution ou d'un maintien à domicile, concrètement lorsque nous demandions à nos interlocuteurs l'enveloppe allouée ou les dépenses engendrées, nombreux étaient ceux qui n'avaient aucune idée de l'ordre de grandeur de ce que leur structure dépensait au profit de la dépendance, ou ceux qui n'étaient pas en mesure d'isoler le coût pour le public qui nous intéressait, pris en charge en même temps que d'autres personnes.

Ainsi, nous avons été confrontés à la difficulté de collecter ces éléments de coût pour ensuite les sommer et mesurer le rôle de chacun. Si le bilan financier de l'APA est connu, tout ce qui est fait à côté l'est nettement moins. L'estimation globale des coûts financiers de la prise en charge de la dépendance obtenue, en additionnant le montant des financements dont la vocation est explicitement de financer la dépendance des personnes âgées, apparaît un exercice assez nouveau. Nombre d'acteurs rencontrés étaient d'ailleurs très intéressés par le résultat.

⁵ Centre local d'information et de coordination gérontologique.

Qu’entendait-on par dépendance ? Nous avons fait le choix de ne considérer que les personnes évaluées en GIR 1 à 4 en se basant sur la législation de l’APA, référence institutionnelle qui statue sur la dépendance ou non d’une personne. Or, les acteurs rencontrés étaient souvent surpris par ce choix, hormis le Conseil Général, qui raisonne également ainsi. Les caisses de retraite ont le sentiment d’agir dans le domaine de la dépendance, même si c’est plutôt au titre de la prévention (les financements d’aide ménagère ne concernent que les GIR 5 et 6). Les services de maintien à domicile aident les personnes âgées, quel que soit le degré de dépendance, même si elles perçoivent des financements différents selon le niveau de dépendance.

L’exercice réalisé ici est donc difficile, et si l’on a pu décrire précisément le rôle de chaque acteur, nous n’avons pas toujours pu estimer précisément la somme d’argent qu’il dépense auprès des personnes dépendantes. Nous avons néanmoins réussi à réaliser une première estimation grossière du coût global de la dépendance pour la collectivité et à pointer les différences territoriales.

1ÈRE PARTIE :

PANORAMA DE LA DÉPENDANCE À DOMICILE EN FRANCE

Cette première partie s'attache à décrire le contexte de la dépendance en France. Elle s'organise autour de deux pôles :

- 1) quelle compréhension sociale a-t-on aujourd'hui, en France, de la dépendance : quels sont les critères qui permettent de dire qu'une personne est dépendante ?
- 2) combien de personnes dépendantes en France vivent à domicile et combien seront-elles dans les années à venir ?

I. QUELLE COMPRÉHENSION SOCIALE DE LA DÉPENDANCE ?

La dépendance recouvre des réalités diverses : les besoins d'une personne confinée au lit ou au fauteuil ne sont pas les mêmes que ceux d'une personne qui peut encore se déplacer mais commence à rencontrer des difficultés pour faire ses courses, son ménage, a perdu de la dextérité pour préparer ses repas et a du mal à entrer et sortir de sa baignoire, par exemple. De même, la réponse apportée à une personne souffrant principalement de problèmes moteurs est différente de celle pour une personne souffrant de maladie d'Alzheimer ou autres démences apparentées. On s'attachera dans un premier temps, à définir la compréhension retenue dans ce cahier de recherche pour la dépendance.

I.1 La notion de désavantage ou de handicap dans notre société

La notion de dépendance repose sur les mêmes concepts que celle du handicap⁶, la différence tenant à l'âge des individus : la dépendance concerne les personnes âgées. En France, la séparation entre handicap et dépendance est fixée à 60 ans (limites d'âges dans les droits aux aides et établissements).

6 Pour des développements sur ce sujet, cf. cahier de recherche n°110 "Dépendance perçue, dépendance mesurée : deux approches de la même réalité", Christine Olm, Marie-Odile Simon, 1997.

La dépendance comme le handicap résulte de relations généralement représentées par le schéma de Wood mis en évidence en 1980 :

Maladies → déficiences → incapacités → désavantages

- ✓ **Maladies** : sont à l'origine de la chaîne de causalités. A comprendre au sens large, y compris les traumatismes. Elles relèvent du domaine médical.
- ✓ **Déficiences** : ce sont les pertes (amputations ou scléroses) ou les dysfonctionnements des diverses parties du corps (membres, muscles, organes) ou du cerveau. Elles résultent en général d'une maladie ou d'un traumatisme de naissance ou survenu en cours d'existence. Une notion voisine couramment utilisée est celle **d'invalidité**.
- ✓ **Incapacités** : ce sont les difficultés ou impossibilités de réaliser des actes élémentaires de la vie quotidienne tels se lever, mémoriser, ou plus complexes tels se vêtir, parler avec d'autres personnes. Elles résultent en général de déficiences.
- ✓ **Désavantages ou handicaps** : ce sont les difficultés ou impossibilités que rencontre une personne à remplir les rôles sociaux auxquels elle peut aspirer ou que la société attend d'elle : suivre des cours, travailler, communiquer, élever des enfants, etc. Ils se situent à la rencontre de l'environnement naturel ou social et des caractéristiques propres de l'individu.

Le fait d'appréhender la dépendance selon ce schéma a pour conséquence de relativiser les incapacités de la personne. **Si elle est considérée comme dépendante pour réaliser certains actes de la vie quotidienne, des aides techniques, des aménagements ou des aides humaines peuvent réduire cette dépendance et redonner à l'individu une certaine autonomie.** Cette approche a donc des répercussions politiques importantes dans la prise en charge et l'aide mise en place pour les personnes dépendantes. **La dépendance est définie comme le besoin d'aide humaine ou technique palliant aux déficiences de la personne pour réaliser certains actes de la vie quotidienne.** Tout comme le handicap, cette compréhension incite les politiques à agir pour compenser des incapacités. La personne n'est pas intrinsèquement dépendante, on peut en l'aidant lui redonner totalement ou partiellement son autonomie. Dans cette approche, le maintien à domicile est ainsi envisageable quasiment à tous les niveaux de dépendance dès lors qu'on peut compenser et pallier aux incapacités de la personne.

1.2 Principales définitions de la dépendance

Plusieurs définitions existent pour caractériser l'état de dépendance d'une personne. Parmi les principales approches, on citera notamment l'indicateur de Katz et la grille de Colvez ainsi que la grille AGGIR⁷, référence institutionnelle depuis la mise en place de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA).

1.2.a Grille de Colvez

La **grille de Colvez** est un indicateur mesurant la perte de mobilité qui appréhende la dépendance au sens du besoin d'aide. Elle classe les personnes en quatre groupes :

- 1) Niveau 1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil ;
- 2) Niveau 2 : personnes non confinées au lit ou au fauteuil, ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillage ;
- 3) Niveau 3 : personnes ayant besoin d'aide pour sortir de leur domicile ou de l'institution où elles sont hébergées mais n'appartenant pas aux niveaux 1 et 2 ;
- 4) Niveau 4 : autres personnes.

Les niveaux 1 et 2 correspondent à une dépendance lourde, le niveau 3 à une dépendance modérée.

Cette grille est très opérationnelle : le niveau de dépendance est établi en fonction des aides dont la personne a besoin. Elle est simple, relativement ancienne et peut être assez aisément reconstituée à partir de données d'enquêtes.

Sa faiblesse tient à sa définition même : les niveaux 3 et 4 sont obtenus par la négation des besoins d'aides repérés aux niveaux 1 et 2. La grille de Colvez est limitée à la dépendance physique.

Pour pallier l'absence de prise en compte des problèmes psychiques, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) utilise un **indicateur dit EHPA**⁸ du nom de l'enquête qu'elle mène auprès des établissements pour personnes âgées qui croise la grille de Colvez avec un indicateur de dépendance psychique. Ceci aboutit à huit groupes, chaque niveau de Colvez est scindé en deux (problèmes psychiques ou non).

⁷ Autonomie Gérontologique - Groupes Iso-Ressources.

⁸ Etablissement d'hébergement pour personnes âgées.

1.2.b Indicateur de Katz

L'**indicateur de Katz** évalue la capacité de la personne à réaliser six activités de la vie quotidienne et définit 8 niveaux de dépendance. Les six activités sont :

1. Faire sa toilette
2. S'habiller
3. Aller aux toilettes et les utiliser
4. Se coucher et quitter son lit ; s'asseoir et quitter son siège
5. Contrôler ses selles et ses urines
6. Manger des aliments déjà préparés

Les huit groupes sont :

- 1) Indépendant pour les six activités ;
- 2) Dépendant pour une seule activité ;
- 3) Dépendant pour deux activités dont la première ;
- 4) Dépendant pour trois activités dont les 2 premières ;
- 5) Dépendant pour quatre activités dont les 3 premières ;
- 6) Dépendant pour cinq activités dont les 4 premières ;
- 7) Dépendant pour les six activités ;
- 8) Dépendant pour au moins deux activités sans être classable dans les catégories précédentes.

Cet indicateur est utilisé de manière internationale. Il n'intègre pas non plus les problèmes psychiques, il est centré sur la capacité de faire seul des activités de la vie quotidienne. Comme la grille de Colvez, il peut être reconstitué assez facilement à partir de données d'enquêtes, il semble néanmoins moins utilisé que la grille de Colvez.

1.2.c Grille AGGIR

La grille AGGIR est un outil multi-dimensionnel de mesure de l'autonomie, à travers l'observation des activités qu'effectue la personne âgée comme s'habiller, se repérer dans le temps et l'espace, s'alimenter, etc. Pour chacune des dix activités étudiées, trois réponses sont possibles :

- A : fait seul, habituellement et correctement
- B : fait partiellement seul ou non habituellement ou non correctement
- C : ne fait pas

A partir des réponses obtenues, un calcul de score est réalisé et classe les personnes âgées en six groupes (définition des auteurs de la grille AGGIR) :

- 1) **GIR 1** : ce sont les personnes confinées au lit ou au fauteuil et ayant perdu leur autonomie mentale. Elles nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- 2) **GIR 2** : comprend deux groupes. Ce sont soit les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des actes de la vie quotidienne, soit les personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont leurs capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou sont faits partiellement.
- 3) **GIR 3** : ce sont les personnes qui ont conservé leurs capacités mentales mais qui ont partiellement perdu leur autonomie locomotrice. Nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides notamment pour la toilette et l'habillage.
- 4) **GIR 4** : ce sont les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. La plupart s'alimentent seules ; ce groupe comprend aussi celles qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.
- 5) **GIR 5** : ce sont les personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- 6) **GIR 6** : aucune perte d'autonomie.

La grille AGGIR est un outil relativement complet au niveau des activités prises en compte. Elle est devenue depuis ces dernières années une grille de référence au niveau national (octroi des aides), comme on le verra ultérieurement.

Son calcul est néanmoins complexe, l'évaluation doit être faite par un personnel médical, elle n'est donc pas facilement utilisable pour des enquêtes.

La grille AGGIR tient compte des déficiences psychiques. Toutefois, un des reproches souvent entendus relèverait d'une mauvaise prise en compte des problèmes de démence, notamment au stade précoce. Ainsi, elle permettrait mal de considérer une personne en début de maladie d'Alzheimer comme dépendante, si elle ne souffre d'aucune déficience physique par ailleurs. Les troubles de la mémoire, les incohérences qui peuvent être les premiers symptômes de la maladie d'Alzheimer peuvent ne conduire qu'à un classement en GIR 5 ou 6 et à éventuellement lui refuser l'octroi de l'APA. En revanche, la grille AGGIR appréhenderait assez bien les formes de démence les plus sévères.

1.3 Des grilles relativement convergentes, notamment pour les dépendances les plus sévères

L'enquête HID⁹ a permis de connaître le niveau de recouplement entre ces trois indicateurs. Dans quelle mesure, une personne dépendante pour la grille de Colvez l'est également pour la grille AGGIR ? Quelles sont les catégories de personnes reconnues dépendantes, quelle que soit la grille et celles dont le jugement est plus aléatoire ?

Les résultats de l'enquête HID indiquent globalement un fort recouvrement entre les groupes Colvez 1 et 2 et les équivalents-GIR¹⁰ 1 à 3, c'est-à-dire pour l'appréhension des dépendances les plus lourdes.

Selon la DREES, les trois quarts des personnes considérées à travers la grille de Colvez comme lourdement dépendantes (niveaux 1 et 2) sont considérées comme lourdement dépendantes dans la grille AGGIR (GIR 1 à 3). Inversement, 85% des personnes dépendantes au sens de la grille AGGIR (GIR 1 à 3) le sont également au sens de la grille de Colvez (niveaux 1 et 2).

Cette convergence est moins vraie pour les dépendances plus légères, comme les personnes classées en GIR 4 dans la grille AGGIR. Ainsi, la grille de Colvez inclut dans les personnes lourdement dépendantes le niveau 2 qui englobe les personnes ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillage. Ces critères sont moins discriminants pour la grille AGGIR qui peut classer ces personnes en GIR 4 (47% des cas), le GIR 4 n'est pas considéré comme un niveau sévère de dépendance dans la grille AGGIR.

Globalement, on retiendra que quelle que soit la grille choisie, en 2000 :

- **le nombre de personnes souffrant d'une dépendance relativement lourde (quel que soit le lieu de vie) est estimé entre 628 000 et 798 000. Environ 300 000 d'entre elles sont confinées dans au lit ou au fauteuil.**
- **Si on tient compte de dépendances moins lourdes comme le besoin d'aides pour sortir, le nombre de personnes concernées oscille entre 1,2 et 1,5 millions.**

Ces estimations englobent les personnes vivant à domicile et en institution.

⁹ Handicaps-Incapaci-tés-Dépendance.

¹⁰ L'INSEE et la DREES ont calculé à partir des réponses à différentes questions de l'enquête HID des « équivalents GIR ». Ce terme tient compte du fait que l'évaluation n'a pas été faite par un médecin, mais est issu du traitement de réponses.

Figure 1
Le nombre de personnes âgées dépendantes
à travers les principales grilles d'évaluation de la dépendance

Indicateur	Effectifs domicile+ Institution
Colvez	
confiné au lit ou au fauteuil (niveau1)	225 000
besoin d'aide pour la toilette et l'habillement (niveau 2)	403 000
TOTAL dépendance physique lourde (1 et 2)	628 000
Besoin d'aide pour sortir (niveau 3)	789 000
TOTAL NIVEAU 1 À 3	1 417 000
EHPA	
dépendance physique lourde et dépendance psychique (EHPA 11-12)	295 000
confiné au lit ou au fauteuil ou aidé pour toilette+habillement (dépendance lourde) sans dépendance psychique	333 000
TOTAL dépendance physique lourde	628 000
Dépendant psychique sans dépendance physique lourde (EHPA 13 et 14)	216 000
TOTAL dépendance physique lourde ou psychique	844 000
Besoin d'aide pour sortir, sans dépendance psychique (EHPA 23)	672 000
TOTAL dépendance	1 516 000
AGGIR	
Personnes confinées au lit ou au fauteuil	331 000
Dépendance élevée (équivalents GIR 1 à 3)	533 000
TOTAL Dépendance (équivalents GIR 1 à 4)	798 000
GIR 1 à 5	1 186 000
KATZ	
dépendants pour les six activités	80 000
dépendance pour une activité au moins	1 255 000
Dépendance pour au moins 2 activités	697 000

Source : INSEE-DREES, inspiré du tableau de la revue française des affaires sociales, N°1-2, 2003

1.4 Le rôle institutionnel de la grille AGGIR

Parmi ces trois indicateurs, **la grille de Colvez et l'indicateur de Katz sont ceux les plus souvent utilisés par les études**. L'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance réalisée par l'INSEE a notamment largement eu recours à ces deux grilles, la reconstitution de l'indice peut se faire facilement a posteriori, contrairement à la grille AGGIR dont l'évaluation ne peut être faite que par un personnel médical et qui repose sur un algorithme assez complexe. La grille de Colvez a également été utilisée comme base de l'indicateur EHPA qu'utilise la DREES, pour ses études en établissement notamment.

Néanmoins, depuis la Loi du 24 janvier 1997 instaurant la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), prestation existant avant l'APA, **la grille AGGIR est devenue une référence institutionnelle**. Elle s'est imposée comme grille nationale d'évaluation de la dépendance et est utilisée pour l'attribution d'aides financières et dans le cadre de la tarification de établissements.

Une étude du CRÉDOC menée auprès des personnes âgées dépendantes en 2004 a permis de mesurer la connaissance de ce dispositif par les publics concernés. Deux ans après sa mise en place, l'aide est bien connue : nombre de personnes rencontrées citaient une assistante sociale du conseil général comme personne référente chargée du suivi de son dossier APA, vers laquelle elle pouvait se tourner pour obtenir un renseignement. Cette rapide connaissance du public de l'aide est rare dans le domaine des politiques sociales, elle s'explique probablement par l'information faite dans les médias, par un niveau d'aide et un fonctionnement plus attractifs que la PSD (abandon du recours sur succession notamment) et par la prise en charge fréquente par les aidants naturels de la demande de dossier.

Dans le discours des institutionnels, le terme de bénéficiaire de l'APA devient à présent une référence dans le domaine de la dépendance. **L'APA crée une catégorie sociale**. Comme les bénéficiaires de minima sociaux constituent une catégorie facilement identifiable des personnes à bas revenus en France, les bénéficiaires de l'APA sont des personnes reconnues socialement comme dépendantes.

Le fait d'être bénéficiaire de l'APA est une sorte de reconnaissance sociale du statut de personnes dépendantes.

De par l'objet du cahier de recherche qui repose sur l'évaluation financière de la prise en charge de la dépendance en France, nous avons choisi de retenir comme outil de référence celui choisi au niveau national par les institutionnels : la grille AGGIR.

II. COMBIEN DE PERSONNES DÉPENDANTES À DOMICILE EN FRANCE ?

Une fois choisi le référentiel sur lequel notre évaluation du coût de la dépendance va porter, nous allons nous attacher à estimer le nombre de personnes concernées.

II.1 Données démographiques

Lors du recensement de la population française en 1999, **la France comptait près de 12,5 millions d’habitants âgés de 60 ans et plus, soit 21% de l’ensemble**. 4,5 millions d’entre eux avaient dépassé l’âge de 75 ans, soit 7,7% de la population française.

Figure 2 :

les personnes de 60 ans et plus par sexe en 1999, France métropolitaine

	Hommes	Femmes	Total	% dans la population
60 à 64 ans	1 313 366	1 412 859	2 726 225	4,7%
65 à 69 ans	1 272 868	1 484 985	2 757 853	4,7%
70 à 74 ans	1 085 926	1 403 212	2 489 138	4,3%
75 à 79 ans	876 122	1 290 561	2 166 683	3,7%
80 à 84 ans	333 659	581 025	914 684	1,6%
85 à 89 ans	285 186	636 632	921 818	1,6%
90 à 94 ans	96 168	294 221	390 389	0,7%
95 à 99 ans	19 289	80 455	99 744	0,2%
100 ans ou plus	1 476	10 117	11 593	0,0%
60 ans et plus	5 284 060	7 194 067	12 478 127	21,3%
75 ans et plus	1 611 900	2 893 011	4 504 911	7,7%
Total	28 419 419	30 101 269	58 520 688	

Source : INSEE, RP 1999

Les premiers résultats de la collecte 2004 des enquêtes annuelles de recensement permettent d’actualiser en partie ces chiffres. En effet, **entre 1999 et 2004, le vieillissement de la population s’est accentué : en 2004, la part des 75 ans et plus est passée à 8,7%**. A cette forte augmentation s’est conjuguée une croissance démographique plus soutenue que prévue entre 1999 et 2004, notamment due à l’excédent des naissances sur les décès (mini baby-boom autour de l’an 2000).

Ainsi, au 1^{er} janvier 2004, la population en France métropolitaine est estimée à 60,2 millions, le nombre de 60 ans et plus serait de 13,1 millions et celui des 75 ans et plus de 5,2 millions.

Ces données ne permettent d’avoir ni des données par âge quinquennal, ni des caractéristiques précises sur la population comme la part de personnes vivant en institution. Ainsi, nos estimations se baseront à la fois sur le recensement 99 et sur l’actualisation 2004.

Figure 3 : En 2004, la population des 75 ans et plus augmente

% dans la population	1990	1999	2004
60 à 74 ans	12,8	13,6	13,1
75 ans et plus	7,1	7,7	8,7

Source : INSEE, recensements de la population

11.2 Une large majorité vit à domicile

Conformément à leurs souhaits, une grande partie des personnes âgées vivent chez elles. Seules 5,5% des personnes âgées de 65 ans et plus vivent en institution. Cette part est stable dans le temps, elle s’élevait à 5,2% en 1968. **Le vieillissement de la population ne s’accompagne pas d’un recours accru aux institutions mais bien plutôt d’un développement des services de maintien à domicile.**

L’âge médian d’entrée en institution est de 76 ans pour les hommes et de 83 ans pour les femmes. Cet âge ne cesse d’augmenter, l’entrée en institution intervient de plus en plus tardivement sous l’effet de l’augmentation de l’espérance de vie sans incapacité et de la mobilisation de plus en plus fréquente de services et d’aides permettant le maintien à domicile. A 85 ans, la proportion de personnes vivant en institution atteint à peine les 10%. Cette proportion croît ensuite fortement pour atteindre 46% au sein des 95 ans et plus.

Figure 4 :
Répartition des personnes âgées selon leur lieu de vie en 1999

%	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94	95 ans et plus
domicile	98,1	97,4	95,3	90,2	83,4	67,0	53,8
institution	1,9	2,6	4,7	9,8	16,6	33,0	46,2
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : INSEE, recensement de la population

Le lieu de vie diffère fortement selon le sexe de la personne âgée, en raison principalement de l'espérance de vie des femmes, plus élevée que celles de hommes. Les femmes vivant plus longtemps et restant plus souvent seules, ont plus de chances d'aller en institution : elles sont 6,8% à vivre en collectivité contre 3,6% des hommes parmi les 65 ans et plus.

La proportion de personnes hébergées chez un enfant augmente également avec l'âge : 3% parmi les 70-80 ans et 10% au-delà de 80 ans. **Ce phénomène devient néanmoins de plus en plus rare** : en 1984, la part de personnes hébergées chez un enfant était de 8% parmi les 70-80 ans et de 19% parmi les plus de 80 ans. Les conditions de vie s'y prêtent de moins en moins : les logements sont plus petits, les enfants restent à la charge de leurs parents plus longtemps, les familles sont plus éclatées géographiquement... et l'idée que l'on se fait de l'aide due à ses parents également.

Figure 5 :
Répartition des personnes âgées selon leur mode de vie et le sexe en 1999

En 1999	TOTAL 65 ans et plus	
	Hommes	Femmes
vit seul	16,3	39,8
vit en couple sans enfant	65,9	37,9
vit en couple avec enfant	8,9	3,7
vit seul avec enfant	1,2	4,5
Autre	4,1	7,3
vit en institution	3,6	6,8
TOTAL	100	100

Source : INSEE, recensements de la population

Les personnes âgées vivent massivement chez elles, même si c'est de moins en moins vrai lorsque l'âge augmente. Elles sont de moins en moins nombreuses à vivre chez un enfant et la part de celles qui vivent en institution est stable dans le temps.

11.3 500 000 personnes dépendantes à domicile en France

On peut estimer le nombre de personnes dépendantes en France par deux approches :

- L'INSEE a estimé grâce à l'enquête HID et aux données du recensement la répartition des 60 ans ou plus par équivalent GIR,
- Le nombre de bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, chiffres tenus par la DREES.

11.3.a La répartition des 60 ans et plus par équivalent GIR (prévalence calculée par HID)

Comme il l'a été rappelé précédemment lors de la présentation des différentes grilles de mesure de la dépendance, les travaux de l'INSEE et de la DREES ont permis de calculer à partir des réponses à différentes questions de l'enquête HID des « équivalents GIR ». L'attribution du Groupe Iso-Ressources (GIR) est habituellement faite par un personnel médical. Le terme équivalent GIR tient compte du fait que l'exploitation faite des réponses ne permet pas toujours d'apprécier sans risque d'erreur la dépendance.

Si on applique les pourcentages obtenus au nombre de personnes âgées de 60 ans et plus et vivant à domicile, on obtient le nombre de 542 424 personnes classées en GIR 1 à 4¹¹.

Ces données datant de 1999, il est possible de les actualiser en tenant compte de l'évolution du nombre de 60 ans et plus entre 1999 et 2004 et en supposant que la répartition par GIR n'a pas changé de manière significative. **570 500 personnes de 60 ans et plus seraient alors classées en GIR 1 à 4 en 2004 et vivraient à domicile.**

Au sein des personnes dépendantes, près de la moitié sont classées en GIR 4 et souffrent donc d'une dépendance relativement limitée. Il y a autant de GIR 2 que de GIR 3 et le nombre de GIR 1 est faible.

Le nombre de personnes vivant à domicile est toujours supérieur à celui en institution, sauf pour les GIR 1. **La rupture entre institution et domicile se fait au niveau du GIR 2.** Si les deux tiers des GIR 3 vivent à domicile, la moitié des GIR 2 le sont et seuls 30% des GIR 1. Au delà d'un certain niveau de dépendance et surtout lorsque la personne perd ses facultés mentales, l'entrée en institution est fréquente.

¹¹ On notera un écart avec les chiffres annoncés par l'INSEE. En effet, à domicile, pour 24 000 personnes, le GIR n'est pas connu et l'INSEE a préféré ne pas les compter. Nous avons pris le parti de considérer que la répartition par GIR de ces 24 000 est la même que l'ensemble et de les intégrer afin d'avoir des chiffres cohérents sur l'ensemble des 60 ans et plus.

Figure 6 :
Répartition des personnes âgées par équivalent GIR en 1999

Equivalent	60 ans et plus		
	%	Nombre	% GIR 1 à 4
GIR 6	92,5	10 907 443	
GIR 5	3,0	353 755	
GIR 1 à 4	4,5	542 424	100,0%
GIR 4	2,0	235 837	44,4%
GIR 3	1,2	141 502	26,6%
GIR 2	1,2	141 502	26,6%
GIR 1	0,2	23 584	4,4%
<i>TOTAL</i>	<i>100,0</i>	<i>11 791 830</i>	

Source : INSEE et DREES, enquête HID

La limite de cette estimation tient au calcul des équivalents GIR. La réponse des personnes à des questions relatives à des problèmes de santé est très subjective et induit souvent des biais¹². On introduit une nouvelle source éventuelle d'écart avec l'actualisation entre 1999 et 2004.

11.3.b Les bénéficiaires de l'APA

Tous les trimestres, La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) publie un bilan de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie¹³. **La dernière en date d'octobre 2005 établit à 524 000 le nombre de bénéficiaires de cette aide vivant à domicile.**

Comme précédemment, une majorité de personnes considérées comme dépendantes sont classées en GIR 4, 22,7% en GIR 3, 19,7% en GIR 2 et seuls 2,9% en GIR 1.

¹² Voir notamment le cahier de recherches N°128 sur La construction sociale de la perception de la santé, C.OLM et P. LE QUEAU, juin 1999.

¹³ Pour procéder au suivi du dispositif de l'APA mis en place au 1^{er} janvier 2002.

Figure 7 :
Répartition des personnes âgées par équivalent GIR en 1999

Équivalent	%	nombre
GIR 1 à 4	100,0%	524 000
GIR 4	54,8%	287 000
GIR 3	22,7%	119 000
GIR 2	19,7%	103 000
GIR 1	2,9%	15 000

Source : DREES, 2005

La limite de cette estimation tient au fait qu'on ne connaît pas le non-recours à cette aide. Depuis la mise en place du dispositif, après une forte montée en charge, la majeure partie des situations de dépendance semblent à présent repérées et le dispositif est a priori bien connu des professionnels comme de la population. Il semble néanmoins que les bénéficiaires aient plutôt de faibles revenus, les personnes ayant des revenus plus élevés, pour lesquelles le montant de l'APA est faible, ont moins recours à ce dispositif (la participation au financement du plan d'aides est de 90% pour une personne déclarant des ressources supérieures à 2 500 euros par mois).

On retiendra qu'entre 525 000 et 570 000 personnes de 60 ans et plus vivent actuellement à domicile dans une situation de dépendance. La moitié d'entre elles souffrent d'une dépendance modérée, moins de 5% sont dans une situation de dépendance physique et psychique lourde.

11.4 Les évolutions attendues

11.4.a Une baisse de la prévalence de la dépendance...

Les différents travaux de l'INSEE semblent montrer **une baisse de la prévalence de la dépendance physique**. Lors de l'enquête HID, en 1998-1999, 600 000 personnes étaient repérées comme dépendantes, le taux de prévalence était de 6,4%. Les travaux réalisés en 1990 à partir de l'enquête sur la santé et les soins médicaux estimaient la population dépendante à 8,5%. Dans les années à venir, le scénario le plus probable est une baisse de la prévalence de la dépendance à chaque âge.

Ceci correspond au phénomène que l'INSEE appelle la **compression de la morbidité** : les années gagnées en espérance de vie le sont massivement en années sans dépendance. La durée de vie avec dépendance tend à se restreindre dans le temps.

Les efforts importants en matière de santé publique orientés ces dernières années vers la prévention expliquent en grande partie ces gains en espérance de vie sans incapacité.

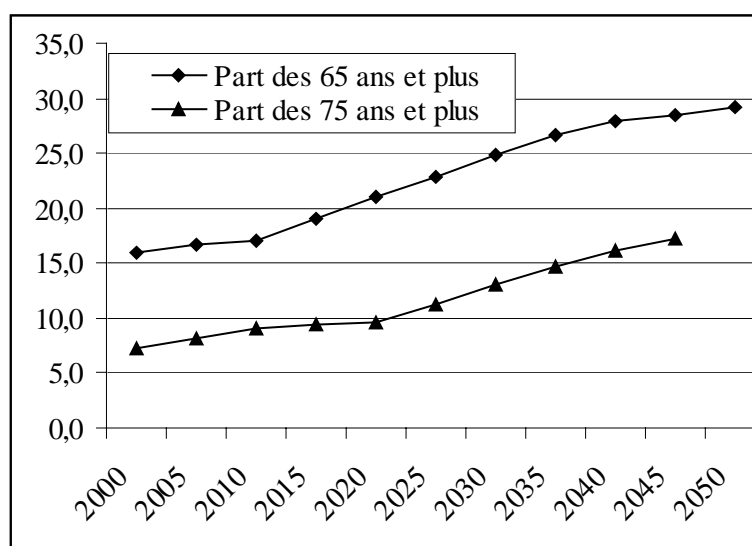
11.4.b ... mais un boom démographique

✎ Une augmentation continue et un boom à long terme

Selon les projections démographiques de l'INSEE, la population de la France continuera de vieillir. En 2020, la part des 65 ans et plus serait égale à 21%, elle serait de 29% en 2050. Ces résultats reposent sur l'hypothèse d'un prolongement des tendances observées au cours des deux dernières décennies, en particulier sur l'accroissement de l'espérance de vie. Elles reflètent notamment le vieillissement des générations nombreuses du baby boom (nées juste après la seconde guerre mondiale).

Ce vieillissement est déjà nettement sensible. Entre 1999 et 2004, l'INSEE a noté une forte augmentation de la part des personnes âgées de 75 ans et plus passant de 7,8% à 8,7% entre ces deux dates. Cette hausse est même plus forte que celle attendue. Le nombre de 75 ans et plus augmenterait actuellement de 2,5% par an en moyenne.

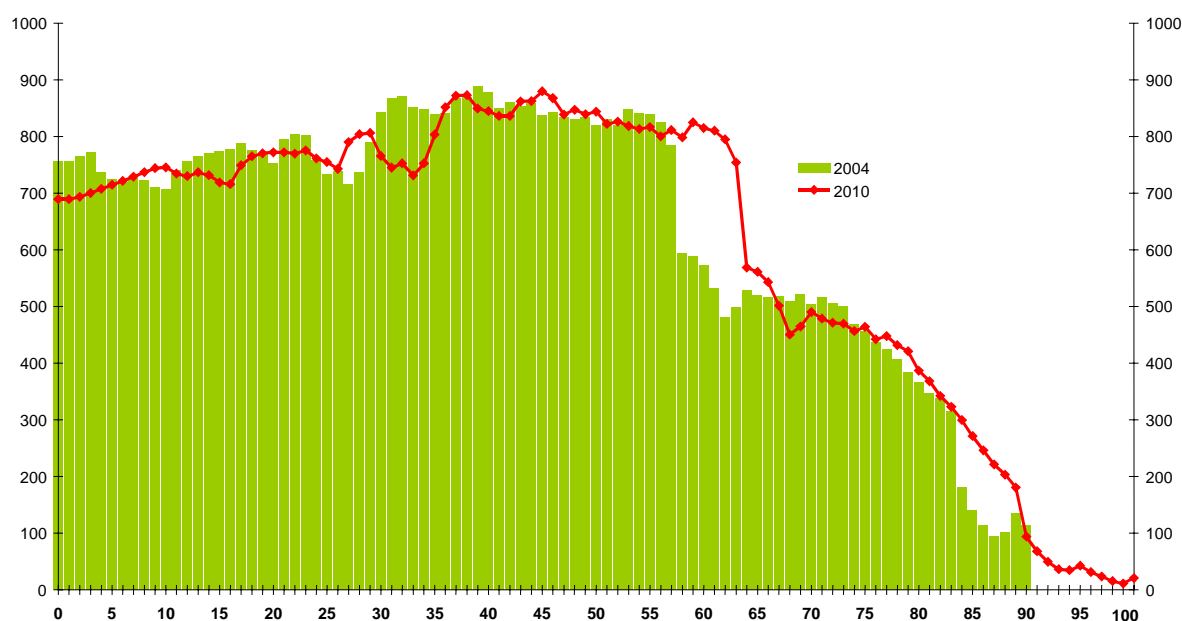
Figure 8 :
Evolution projetée des parts de 65 et de 75 ans et plus



Source : INSEE

Très prochainement, les générations nombreuses du baby boom vont partir à la retraite. Dans une quinzaine d'années, ces générations auront 75 ans. Autour de 2020-2025 se posera la question de leur dépendance et de sa prise en charge. **Notre société est donc bien face à un défi démographique.**

Figure 9
Répartition de la population par âge (en milliers d'individus)



source : INSEE

11.4.c Une forte hausse du nombre de personnes dépendantes

Même si la prévalence de la dépendance est en baisse, **il faut s'attendre à une hausse du nombre de personnes dépendantes, essentiellement due aux évolutions démographiques et au vieillissement de la génération du baby boom.**

Selon les projections de l'INSEE, le nombre de personnes de 75 ans et plus ayant un GIR 1 à 4 évoluera de la manière suivante :

Figure 10
Projections du nombre de personnes dépendantes d'ici 2025

	2005	2010	2015	2025
Hypothèse basse	810 000	830 000	880 000	890 000
Hypothèse haute	900 000	970 000	1020 000	1160 000

Source : INSEE, destinie

11.4.d Une demande de prise en charge en forte hausse depuis l'APA

A cette évolution démographique, il convient d'ajouter le fort impact de la législation sur la demande de services.

Le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile et en institution est de près de 900 000 alors que le nombre de bénéficiaires de l'ancienne PSD était autour de 150 000 pour le domicile et l'institution. Ce dispositif a donc solvabilisé une demande et créé une forte dynamique dans le secteur.

Dans les années à venir et notamment dans une vingtaine d'années, la génération du baby boom approchera des 80 ans. Même si les gains en espérance de vie s'accompagnent d'une baisse de la prévalence de la dépendance (la durée de vie en état de dépendance est en baisse), le nombre de personnes dépendantes va croître : il est estimé à près d'un million en 2025 dans le scénario central. Outre cet effet démographique, le dispositif APA et les volontés politiques depuis 2002 en faveur des personnes âgées et handicapées ont eu comme effet une forte augmentation de la demande de prise en charge de la dépendance à domicile

CONCLUSION

Cette première partie a mis l'accent sur **l'ensemble des facteurs institutionnels, démographiques et sociétaux qui contribuent à ce que la demande de services et de prise en charge de la dépendance à domicile augmente**. Or, **recourir à des aides professionnelles a un coût** que nous allons à présent étudier : quels sont les financeurs potentiels ? Quel est leur rôle et leur part dans la prise en charge de la dépendance ?

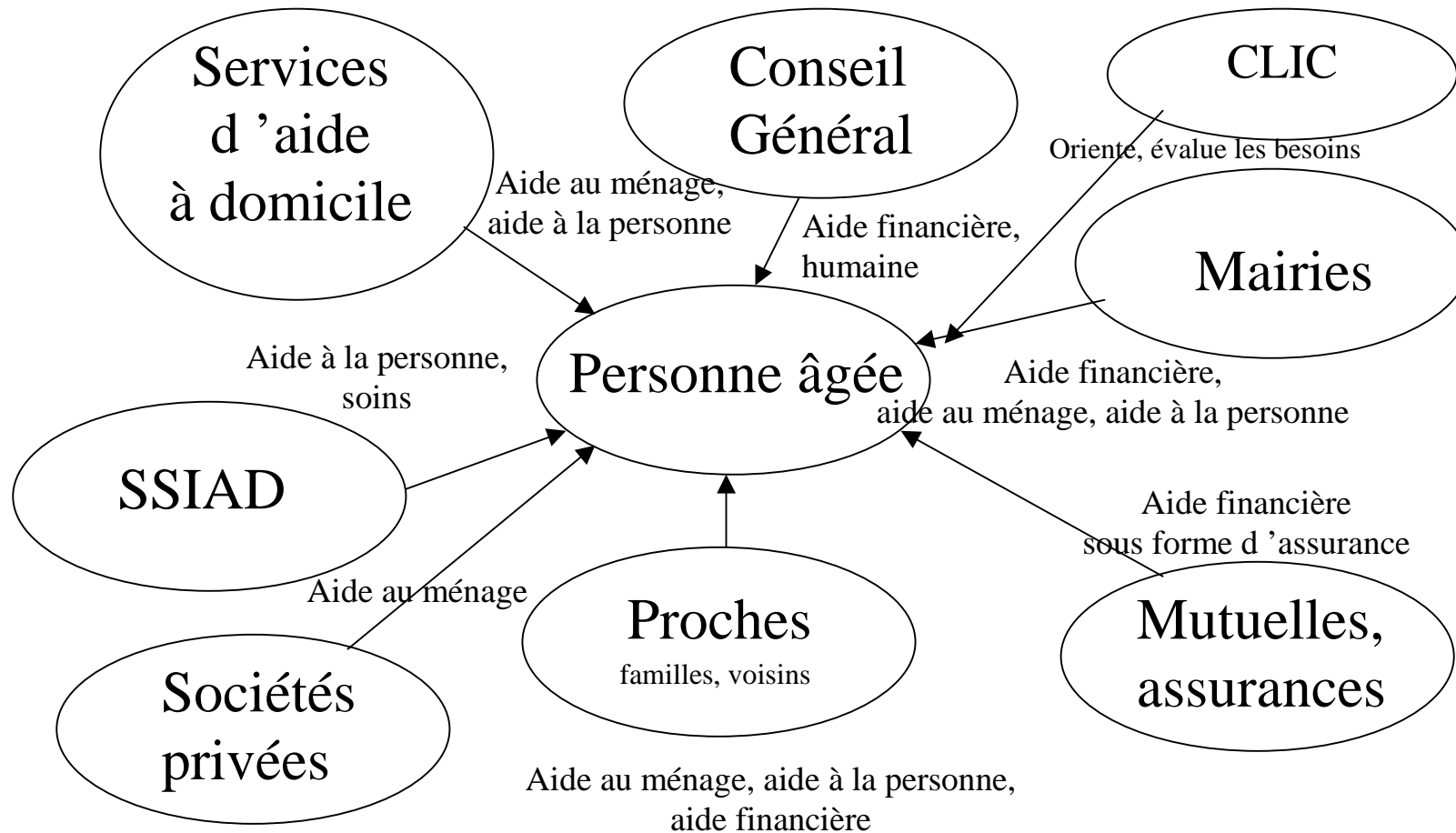
2ÈME PARTIE :

UNE ESTIMATION NATIONALE ET GLOBALE DU COÛT DE LA DÉPENDANCE

Cette deuxième partie est centrée sur l'analyse des coûts financiers liés à la dépendance au niveau national. Dans la prise en charge de la dépendance, de nombreux acteurs sont impliqués : l'Etat, les départements et les communes, les caisses de retraite et la personne âgée principalement. Nous nous attacherons à lister ces différents acteurs qui organisent la prise en charge de la dépendance.

Ce modèle est théorique. Comme nous le verrons dans la troisième partie, les organisations départementales sont très différentes et aucune ne correspondrait vraiment au modèle décrit au niveau national qui est en quelque sorte un amalgame des possibles. Il s'attache à repérer les grandes masses financières et leur répartition entre acteurs, l'approche départementale sera plus fine au niveau des actions et donc des coûts.

Dans la prise en charge de la dépendance, la personne âgée est au cœur d'un système où interviennent des aidants, qu'ils soient professionnels (services d'aide à domicile, services de soins infirmiers) ou naturels (famille, voisins) et des financeurs publics principalement le Conseil Général, l'Etat, les mairies et les caisses de retraite, sachant que ces financeurs peuvent aussi offrir des services (service d'aide-ménagère, par exemple). Des sociétés privées sont également amenées à intervenir, notamment les sociétés de téléalarme ou téléassistance, de matériel médical, mais aussi de services à domicile traditionnellement couverts par le milieu associatif comme l'aide ménagère, le portage de repas, les transports, etc. Les mutuelles et les assurances investissent le champ par le biais de l'assurance dépendance qui offre un financement complémentaire à la personne âgée pour faire face aux dépenses liées à la dépendance. C'est ainsi que de plus en plus d'acteurs sont amenés à intervenir sur la prise en charge de la dépendance, phénomène qui, comme on vient de le voir, va concerner encore plus de personnes à moyen terme.



I. L'AIDE APPORTÉE AUX PERSONNES AGÉES

L'aide apportée à une personne âgée s'organise principalement autour de trois pôles :

- Les aidants dits *naturels* qui incluent les enfants et les proches.
- Les aidants dits *professionnels* qui regroupent principalement les aides ménagères, les aides-soignants, les infirmiers et d'autres types d'intervenants pour divers services comme les courses, les transports,
- Les *aides techniques* : déambulateur, canne, lit médicalisé, téléalarme, etc.

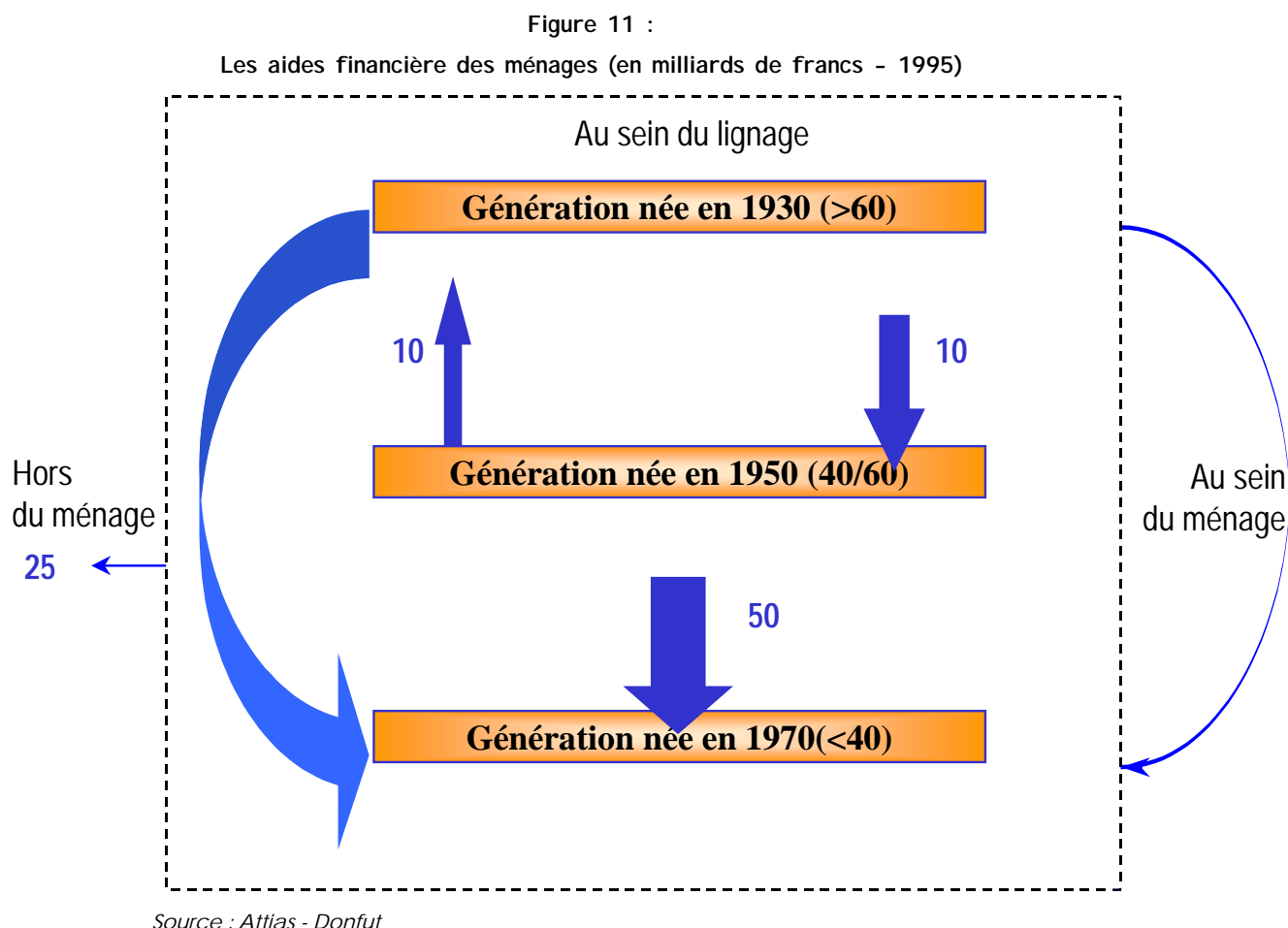
I.1 Les aidants dits naturels

Dès les premiers signes de la dépendance ou en complément d'aidants professionnels, **la solidarité familiale est un élément important du maintien à domicile**. Divers travaux ont montré qu'environ les trois quarts des personnes âgées ont au moins un enfant à moins d'une heure de chez eux¹⁴. Cette proximité est plus forte en province que sur la région parisienne, mais a tendance à baisser au fil du temps. Lorsqu'une personne âgée rencontre des difficultés dans la vie quotidienne, les enfants sont souvent impliqués en premier. Les études montrent qu'ils interviennent le plus souvent au début, pour des niveaux de dépendance modérés (aides pour les courses, pour le ménage, apport de repas en cas de maladie ponctuelle, etc.) puis en complément de l'aide professionnelle, notamment pour les cas de dépendance lourde où les deux types d'aidants doivent se coordonner pour assurer une présence et une aide continues. Les enfants ont ainsi surtout **un rôle de coordination de l'aide et apportent une aide administrative, voire une aide financière**.

Néanmoins, les enfants ont des difficultés à assurer ce rôle. Ils sont souvent dans une situation pivot : ils doivent faire face à la dépendance de leur parent et doivent aussi prendre en charge les études de leurs enfants puis le soutien à leur installation et à la garde des petits-enfants. Ainsi, ils ne peuvent pas être toujours là pour faire face aux besoins de la personne âgée. L'analyse des solidarités familiales et des transferts entre générations a été particulièrement étudiée par C. Attias-Donfut. Une enquête réalisée en collaboration avec l'Insee, auprès de 5 000 ménages appartenant à 2 000 lignées d'au moins trois générations a été réalisée en 1992 pour étudier leurs relations, ainsi que leurs échanges économiques, domestiques, culturels et symboliques. L'ancrage de l'échantillon s'est fait à partir d'une génération pivot dont les membres nés entre 1939 et 1943 ont au moins, et simultanément, un enfant adulte et un parent vivant. Un des résultats majeurs de l'enquête était la mise en évidence

¹⁴ Etude CRIBIER, travaux du CREDOC sur les besoins des personnes âgées à Paris et Lorient, Etude sur la PSD pour la CNAV, notamment.

d'un cycle de transferts entre génération selon les deux circuits, public (à travers la protection sociale) et privé (dans les échanges intrafamiliaux) : les flux privés importants (en espèces et en nature) des grands-parents en direction de la génération intermédiaire et des jeunes opèrent en sens inverse de la redistribution publique nationale, qui, avec le poids grandissant des retraites, profite désormais aux plus âgés.



Cette aide au quotidien peut aussi être apportée par des voisins ou amis. Même si en grande majorité, les personnes âgées ont un enfant à moins d'une heure de chez elles. Les passages quotidiens sont souvent difficiles à organiser. Ainsi, les personnes âgées vivant en général depuis longtemps dans le même quartier, ont développé des relations avec leur voisinage et l'entraide existe lors de la survenue de problèmes de santé, comme le fait de prendre en charge les courses. L'étude du CRÉDOC sur la dépendance à Paris avait mis en avant l'importance des gardiens d'immeuble, qui rendent de nombreux services. Le voisinage a aussi une fonction de veille quotidienne : elle signale à la famille s'il y a quelque chose de particulier dans les agissements de la personne, si elle n'est pas sortie, etc. Ainsi, dans les systèmes de téléalarme, il n'est pas rare qu'un voisin soit impliqué pour le dépôt des clés.

1.2 L'aide professionnelle

Quand le degré de dépendance devient trop élevé ou que des problèmes de démence interviennent ou encore lorsque la personne âgée est isolée géographiquement, une aide professionnelle peut être mobilisée : services d'aide-ménagère, de transport, de dépannage, d'entretien du linge, de portage du repas mais aussi services de soins lorsque l'état de santé de la personne le nécessite. Avec le développement du maintien à domicile, la palette des services proposée s'est élargie même si l'aide ménagère reste le service le plus répandu.

1.2.a L'aide à domicile

Dans l'aide apportée aux personnes âgées, **l'aide à domicile** est la principale aide humaine. Elle recouvre plus qu'une simple aide au ménage. Son rôle a eu tendance à être revalorisé ces dernières années avec la volonté politique de développer l'emploi dans le secteur de l'aide à domicile. Les compétences définies par la DGAS et la DGEFP pour l'aide à domicile sont triples : à la fois « sur le registre de l'aide à la personne (lever, transfert, hygiène, alimentation) et sur le registre de l'aide à l'environnement (entretien du logement, courses, repas) mais aussi des liens sociaux »¹⁵.

Selon la DREES, quel que soit le public auprès duquel ils intervenaient, il y avait en 1999 7 000 services à domicile détenteurs de l'agrément qualité qui les habilitaient à intervenir auprès des personnes âgées. 194 000 aides à domicile y travaillaient. Cette évaluation ne prenait en compte que les intervenants qui travaillaient dans des organismes de services. La DARES estimait à la même date à environ 700 000 salariés intervenants à domicile dans le cadre des « emplois familiaux », que le salarié travaille au sein d'un service agréé (mandataire) ou soit recruté directement par la personne âgée (gré à gré). **Au total, la DREES évaluait donc à 500 000 le nombre d'intervenants à domicile dans le cadre du gré à gré ou dans le cadre d'un service mandataire n'ayant pas l'agrément qualité nécessaire pour intervenir auprès des personnes âgées et à 200 000 celui des intervenants employés dans des services à domicile détenteurs de l'agrément qualité.**

Ces données sont les plus récentes mais mériteraient d'être actualisées notamment en raison du fait qu'elles n'intègrent pas les évolutions liées à l'APA. Même si nombre de ces emplois sont à temps partiel, les chiffres montrent l'importance de ce secteur d'activité qui est en pleine expansion depuis l'APA.

A titre d'exemple plus récent, citons le poids de deux enseignes importantes dans le secteur de l'aide à domicile et développées sur tout le territoire :

¹⁵ Cf circulaire DGAS DGEFP de 2002 sur le développement de l'emploi dans le secteur de l'aide à domicile.

- ✓ L'ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural) est un réseau d'associations, représentée par 3000 associations locales qui emploient 52 000 salariés dont 36 700 aides à domicile et qui sont soutenues par 100 000 bénévoles ;
- ✓ L'UNA (Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services à Domicile, anciennement UNASSAD) compte 1 183 structures adhérentes dont 869 services d'aide à domicile, 224 services d'auxiliaires de vie et 215 SSIAD. 122 500 personnes y travaillent dont 80 000 dépendent du mode prestataire et 42 500 sont encadrées par les structures du réseau UNA dans le cadre mandataire.

1.2.b Les soins infirmiers à domicile

Outre ces services, la personne peut avoir besoin de soins, soit ponctuellement suite à une sortie d'hospitalisation ou à un problème temporaire de santé, soit de manière plus durable lorsque l'état de santé est dégradé ou que la personne âgée a une maladie particulière. Le personnel œuvrant à domicile peut être des salariés de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou des professionnels de santé libéraux.

Les services de soins infirmiers à domicile interviennent **principalement auprès des personnes âgées dépendantes** : plus des deux tiers des usagers sont âgés de 80 ans et plus, deux tiers ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillage et un quart est confiné au fauteuil ou au lit.

En 2002, 1760 SSIAD disposaient de 71 000 places. Entre 1996 et 2002, le nombre de places a augmenté de 4% par an sous l'impulsion politique du développement du soutien au maintien à domicile.

En termes d'emplois, 80% des intervenants à domicile employés par des SSIAD sont des aides-soignantes qui assurent 80% des visites. Elles effectuent surtout des soins dits de nursing : toilettes, shampooing, pédiluves, mais elles effectuent aussi des aides au transfert, surveillent l'alimentation et l'hydratation, etc. Les infirmiers salariés des SSIAD n'effectuent que 7% des visites, ils ont plutôt des activités de coordination et des tâches administratives. Lorsqu'ils font des visites, ce sont souvent dans le cadre d'une évaluation des besoins de la personne âgée ou de son suivi. Les SSIAD font appel à des infirmiers libéraux pour 13% des visites; ils sont alors rémunérés à l'acte. Leur rôle est précis et ponctuel : ils interviennent pour des actes médicaux infirmiers essentiellement.

Le Ministère de la Santé estime à 56 600 le nombre d'infirmières libérales en 2001. Selon la CNAM, 38% de leur clientèle était constituée de personnes âgées de 70 ans et plus.

Au total, la DREES estimait en 2002 l'offre de soins infirmiers (SSIAD et infirmières libérales comprises, au prorata de leur action envers les personnes âgées) à 5,3 soignants infirmiers pour 1000 personnes de 70 ans et plus, mais avec des disparités départementales fortes (ratio évoluant

de 2,5‰ à 10,3‰) qui montrent un contraste entre le Nord et le Sud de la France, le Sud étant mieux équipé comme pour tout ce qui concerne l'offre médicale libérale

1.2.c Une palette de plus en plus large de services

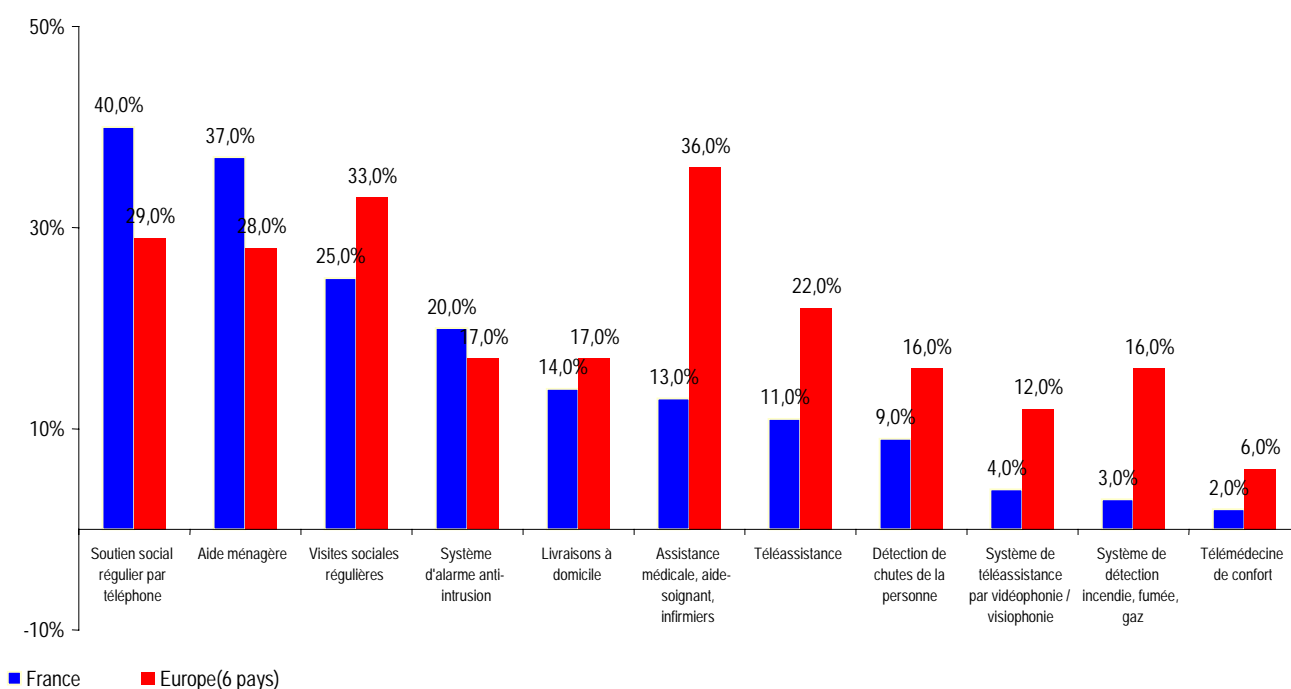
Outre l'aide à domicile et les soins infirmiers, s'est développée une large palette de services améliorant le maintien à domicile : portage de repas, téléalarme, entretien du linge, transport accompagné. Ces services sont proposés par des associations, des sociétés, des mairies par le biais de leur centre communal d'action sociale, etc. Il est très fréquent de voir une structure qui propose un service d'aide à domicile proposer également du portage de repas ou gérer un SSIAD, par exemple.

A titre d'exemple du poids que représentent ces services, on se référera à un département étudié dans la troisième partie qui compte plus d'une centaine de services de maintien à domicile (dont 21 services de soins infirmiers).

1.3 Les aides techniques

Pallier les difficultés de la personne âgée peut nécessiter la présence d'une personne qui fait à la place ou aide la personne à réaliser les gestes de la vie quotidienne. Cela peut également passer par des aides techniques : canne ou déambulateur pour faciliter le déplacement, monte-escaliers, protections contre l'incontinence, etc. Ces aides ont un coût qui peut être intégré dans les besoins de la personne âgée dans le plan d'aides, mais qui en représente une part limitée (6% en moyenne nationale du montant du plan d'aides). L'aide technique intervient en complément de l'aide humaine, pour les moments où la personne est seule, et lui redonne un certain degré d'autonomie. Ceci correspond, en fait, à une spécificité française. Une enquête menée par Basic montrait en 2005 que ce que souhaitait avant tout les Français de 50 à 60 ans était un soutien social régulier par téléphone et de l'aide ménagère, donc du lien humain. La téléalarme, les détecteurs de chutes, les systèmes de téléassistance et tout ce qui est plus technique était moins souhaité par le Français que par les autres européens.

Figure 12 :
Les attentes en services et équipements des seniors 50-65 ans



source : Enquête BASIC, 2005

La préférence pour l'aide humaine, qui se retrouve dans le contenu des plans d'aides APA, a un coût élevé. Il existe des situations où l'aide humaine pourrait être moins fréquente, voire complètement supprimée pour des personnes encore faiblement dépendantes, si le logement était mieux équipé ou si des aides techniques étaient mises en place. Le coût serait ainsi allégé. Ces cas de figure sont souvent cités dans des départements ruraux, où des personnes âgées vivent dans des logements vétustes et isolés. Cependant, il est parfois difficile de faire admettre à une personne âgée qu'il faut faire des travaux importants dans son domicile, surtout si elle y vit depuis des années.

II. LA PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DE LA DÉPENDANCE

II.1 Les départements : un rôle majeur depuis l'APA

Depuis la mise en place de l'APA, les départements ont un rôle important dans la prise en charge financière de la dépendance avec notamment le suivi, l'attribution et le versement de cette aide. Ils développent également à leur initiative d'autres actions.

11.1.a Une action centrée sur l'APA

A domicile, **l'action départementale est centrée sur l'APA** : 90% des bénéficiaires de l'aide sociale départementale à domicile reçoivent cette prestation. 6% bénéficient de l'aide ménagère départementale : les départements prennent en charge pour les revenus les plus faibles (soit les bénéficiaires du minimum vieillesse) les dépenses inhérentes à ce service. 3% bénéficient de l'Allocation compensatrice pour Tierce Personne au-delà de 60 ans et une centaine de personnes bénéficient encore de la prestation qui existait avant l'APA, la PSD.

L'aide sociale départementale envers les personnes âgées a explosé entre 2000 et 2004 : le nombre de bénéficiaires a été multiplié par quatre quasiment passant de 157 000 à 535 000 personnes entre ces deux dates. Tout s'est en quelque sorte concentré sur l'APA. Le nombre de bénéficiaires de l'aide ménagère départementale et de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) a été divisé par deux. Les bénéficiaires de l'aide ménagère départementale sont de moins en moins nombreux depuis 1980 en raison de l'élévation du niveau de vie des personnes âgées. A ce phénomène s'est ajouté avec l'APA le fait que des personnes moyennement dépendantes ont pu prétendre à cette allocation et ont donc cessé de bénéficier de l'aide ménagère départementale.

Figure 13 :

Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale par prestation

en bénéficiaires	2000	2004	
	nb	nb	%
aide ménagère	59 813	33 298	6,2%
APA		485 001	90,6%
PSD	63 289	144	0,0%
ACTP	33 773	16 888	3,2%
TOTAL domicile	156 875	535 331	100,0%

Source : CRÉDOC, DREES, 2005

11.2 Le poids de l'APA : 2,6 milliards de dépenses nettes

Dans le budget primitif des départements de 2005, l'APA représente 7% du budget avec 4 milliards de dépenses.

La gestion de l'APA a été confiée aux départements qui ont en charge la mise en place, l'organisation et le suivi du dispositif et qui attribuent et versent l'aide. Le législateur a prévu néanmoins que, s'agissant d'une prestation universelle, **un concours financier au titre de la solidarité nationale serait apporté aux départements par un Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (FAPA)**. Depuis 2004, la Caisse Nationale pour la Solidarité

et l'Autonomie (CNSA) a pris le relais permettant également le versement d'une nouvelle prestation de compensation du handicap à compter du 1^{er} janvier 2006.

Les départements reçoivent donc une dotation de l'Etat et n'assument pas l'intégralité de ces dépenses. **Ils ont prévu de dépenser 2,6 milliards d'euros au titre de l'APA en 2005, soit 66% des dépenses.**

Entre 2003 et 2005, les dépenses liées à l'APA pour les départements ont progressé de 50%. Cette forte hausse n'est pas un phénomène isolé actuellement pour les départements. En effet, après la gestion de l'APA, les départements ont reçu au 1^{er} janvier 2004 la gestion du versement des allocations du RMI comme nouvelle compétence. Les dépenses d'aide sociale des départements avaient, par exemple, augmenté de 2004 de 33% par rapport à 2003.

Cette hausse des dépenses a été financée par une augmentation des dotations de l'Etat, -leur part est passée de 23 à 28% entre 2003 et 2004 dans les recettes des départements- **et des impôts indirects** dont la part est passée de 16 à 21% (le transfert de compétence du RMI est partiellement financé par le versement d'une fraction du produit du TIPP). Ainsi, même si la pression fiscale locale a également augmenté, sa hausse reste modérée et n'aurait pas pu absorber la hausse des dépenses. En 2004, la pression fiscale locale a augmenté de 5% pour les départements, une hausse plus modérée qu'en 2003.

La crainte actuelle des départements repose sur la poursuite de la participation de l'Etat. C'est pourquoi, la pression fiscale devrait continuer de s'accroître pour garder aux départements des marges de manœuvre.

Figure 14 Financement de l'APA depuis 2002

En millions d'euros	2002	2003	2004	2005
Dépenses brutes	1 855,4	3 205,0	3 628,0*	3 995,1**
Dépenses à la charge du département	1 057,5	1 928,1	2 329,0	2 644,8**
Personnel dédié à l'APA (nombre d'ETP)	3 700	4 200	4 400	

Source : observatoire des finances locales, 2005

* provisoire

** budgets primitifs des départements

La nouvelle compétence des départements en matière de dépendance a généré également des créations d'emploi pour faire face à la montée en charge et au suivi des nouveaux bénéficiaires. Fin 2004, selon la DREES, **4 400 personnes en équivalent temps plein travaillaient sur l'APA** (personnel administratif pour la gestion des demandes et travailleurs sociaux pour l'instruction des dossiers et les évaluations), ils étaient 4 200 fin 2003 et 3 700 fin 2002. Seuls 1 300 ETP étaient consacrés à la PSD. Les dépenses de personnel sont en forte progression pour les départements : +20% entre 2003 et 2004 du fait des nouvelles compétences en matière d'APA et de RMI.

11.2.a L'action extralégale des départements

Outre la gestion de l'APA, les départements développent d'autres actions envers les personnes âgées dans le cadre de ce qu'on appelle l'aide extralégale ou facultative.

L'aide sociale extralégale correspond aux charges financières assumées par les départements qui décident de conditions et de montants plus favorables que ceux prévus par la loi et les règlements pour des prestations obligatoires; comme ils en ont le droit dans le cadre du code de l'action sociale et des familles.

L'aide facultative, quant à elle, englobe l'ensemble des actions non obligatoires menées par les Conseils Généraux. Ce sont des dispositifs ponctuels et qui n'ont aucun caractère obligatoire.

Ces actions sont assez diverses, elles concernent par exemple, selon la DREES, des compléments d'aide ménagères, des services ménagers, des dispositifs directement liés à l'APA, la prise en charge des frais d'obsèques, des services de portage de repas, des aides pour la téléalarme, des aides aux transports. Le problème est que cette action sociale peut concerner des personnes dépendantes et des personnes non dépendantes. Le département peut ainsi choisir de s'inscrire en complément de l'APA pour l'aide ménagère ou proposer des services comme la téléalarme ou des aides pour l'amélioration de l'habitat qui peuvent concerner des personnes dépendantes et non dépendantes. Il est donc difficile sans élément précis d'inclure sans réserve ces dépenses dans le coût de la dépendance.

Dans le budget primitif des départements en 2005, **2,4 milliards d'euros sont consacrés à l'action sociale pour les personnes âgées hors APA soit l'aide sociale extralégale ou facultative et les frais de personnel non spécifiquement dédiés à l'APA**. Cette somme représente 5% de leur budget.

Le niveau national se heurte à la multiplicité et à la diversité de cette action qui est assez mal connue au niveau global. L'approche départementale développée en troisième partie sera, dans ce domaine, plus riche.

11.2.b Un nouveau transfert de compétence en 2005 : le financement des CLIC

Le CLIC¹⁶ est un guichet d'accueil de proximité, d'information, de conseil et d'orientation destiné aux personnes âgées et à leur entourage. Il rassemble toutes les informations susceptibles d'aider les personnes âgées dans leur vie quotidienne. Il répond à une triple logique :

- logique de proximité,
- logique d'accès facilité aux droits,
- logique de réseau.

Il évalue les besoins des personnes, élabore avec elles un plan d'aide individualisé, coordonne la mise en œuvre du plan d'aide par une mise en réseau des professionnels de santé, de l'accompagnement à domicile, de l'habitat et les acteurs locaux.

Il initie et développe dans le cadre de son réseau les actions de prévention du vieillissement, de soutien aux aidants naturels, de formation qui contribuent à la qualité de la vie à domicile des personnes âgées.

Il existe 3 niveaux de label :

- niveau 1 : missions d'accueil, d'écoute, d'information et de soutien aux familles.
- niveau 2 : prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration d'un plan d'aide personnalisé.
- niveau 3 : il prolonge le niveau 2 par les missions de mise en œuvre du plan d'aide et de suivi.

La Loi transfère à compter du 1^{er} janvier 2005 aux départements l'autorisation et le financement des centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Ce transfert est estimé à 19 milliards d'euros et serait financé par la taxe spéciale sur les conventions d'assurances (TSCA).

Là encore, le coût des CLIC entre-t-il dans le champ de la dépendance ? Cette structure renseigne toutes les personnes âgées, quel que soit leur degré de dépendance. Mais elles viennent, souvent suite à des difficultés dans la vie quotidienne et dans la recherche d'une aide. Même si son champ d'intervention n'est pas restreint à la dépendance, la part des personnes dépendantes est majoritaire, d'après les CLIC interrogés. Cependant, aucune donnée ne permet d'estimer cette part.

¹⁶ Centre Local d'information et de coordination.

11.2.c Synthèse

Au total, les dépenses consacrées à la dépendance par les départements sont en grande partie issues de transfert de compétences et un financement de l'Etat y est souvent associé. Nous avons donc souhaité différencier le niveau de dépenses du coût restant à charge des départements et qui sera supporté par la fiscalité locale essentiellement. Au total, on peut considérer que **les départements ont à la charge moins de 5 milliards d'euros au titre de la dépendance**, les 2,4 milliards au titre de l'aide extra-légale ou facultative ayant un spectre beaucoup plus large probablement en direction des personnes âgées (dépendantes et non).

Figure 15 :
Coût de la dépendance pour les départements

	Dépenses totales	Aide de l'Etat	Coût restant
APA	4 milliards	34% par dotation	2,6 milliards
Autres actions	2,4 milliards		2,4 milliards
CLIC	19 milliards	Totale par TSCA	Rien

Source : CRÉDOC, 2005

11.3 L'action de l'Etat

11.3.a La participation à l'APA

Lors de la création de l'APA, la participation de l'Etat était prévue à hauteur du tiers, soit 840 millions d'euros sur les 2,5 milliards. En fait, en 2002, le nombre de bénéficiaires a dépassé de 20% les prévisions et le coût en 2003 était de 3,7 milliards contre 2,5 prévus initialement, soit une hausse de 33%. La Loi de 2003 a introduit quelques changements pour permettre au système de ne pas dériver : l'Etat a souscrit un emprunt de 400 milliards d'euros et la participation des bénéficiaires a augmenté.

Depuis l'année 2003, la participation de l'Etat au financement de l'APA est de 1,3 milliards environ. Pour 2005, la recette à percevoir du FFAPA est estimée à 1,35 milliards d'euros. L'Etat participe à hauteur de 34% à l'APA.

En 2006, le concours de l'Etat prévu par le biais de la CNSA eu titre de la dépendance est de 1,4 milliards d'euros dans le cadre du concours à l'APA et de 60 millions pour la modernisation de l'aide à domicile. Ces coûts sont financés par la Contribution Sociale Généralisée (CSG) via notamment la suppression d'un jour férié.

On notera la hausse des dépenses liées à l'APA : entre 2003 et 2005, les dépenses ont crû de 25%. La participation de l'Etat a crû relativement moins vite : 6%.

Figure 16 Financement de l'APA depuis 2002

En millions d'euros	2002	2003	2004	2005
Dépenses brutes	1 855,4	3205,0	3628,0*	3995,1**
Dotation Etat	797,9	1276,9	1299,0	1350,3**

Source : observatoire des finances locales, 2005

* provisoire

** budgets primitifs des départements

11.3.b L'implication dans le sanitaire

La décentralisation ne touche pas le domaine sanitaire. **L'Etat reste le principal financeur via la sécurité sociale des soins infirmiers à domicile.**

Fin 2004, **80 796 places étaient offertes par les SSIAD en France métropolitaine** dont 5 000 nouvelles places. Il semble que la volonté politique soit de développer ce nombre de places face à une situation où la demande n'est pas satisfaite. Les délais d'attente sont assez longs et de nombreuses personnes voient leur demande refusée. Certains acteurs locaux citent d'ailleurs la pénurie de SSIAD comme une cause de rupture du maintien à domicile ou comme une source de prolongement de la durée d'hospitalisation pour des personnes âgées qui pourraient retourner à leur domicile.

Nous n'avons pas trouvé de données sur le coût que les soins infirmiers représentent au niveau national, d'autant plus que ce financement est complexe. En effet, la moitié de l'enveloppe annuelle est versée en mai juin et la seconde en octobre et les acteurs départementaux rencontrés n'avaient pas de vision précise sur le montant annuel.

Néanmoins, ce secteur est réglementé par un tarif soin maximal de 39,45 € par jour et par place financée pour les services publics et de 34,84 € pour les services privés. Ceci est un tarif plafond. En pratique, le tarif alloué aux SSIAD est variable et souvent inférieur. A partir des exemples départementaux et de cette réglementation, nous avons estimé à **1 milliard d'euros** environ l'enveloppe de l'Etat dans le cadre des soins infirmiers.

11.3.c La fin du financement des CLIC

Selon la DGAS, en 2004, l'Etat était le cofinancier le plus important des CLIC (41,6%), le département se situait en 2ème position (22,6%), puis les communes (14%) et les caisses de retraite et organismes sociaux (11%).

Entre 2002 et 2004 on constate un recul de l'importance relative du cofinancement de l'Etat et des hôpitaux, au profit de l'ensemble des autres cofinanciers.

Il est probable qu'à court terme, les cofinancements se poursuivront même si la part des départements sera amenée à augmenter fortement.

Figure 17
Part respective des cofinanciers des CLIC en 2002 et 2004

Financiers	Part des cofinanciers en 2002	Part des cofinanciers en 2004
Etat	47,9 %	41,6%
Conseil général	20,8%	22,6%
Communes	13,1%	14,0%
Conseil régional	0,3%	1,0%
Caisses retraite et org. soc.	8,7%	11,2%
Hôpitaux	2,7%	1,9%
Divers(cnasea, cotisations...)	6,5%	7,7%
Total	100%	100%

Source : DGAS

11.3.d Le financement de l'adaptation à l'habitat

L'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat (ANAH) est un établissement public national à caractère administratif créé en 1971, qui a pour **objet d'aider à l'amélioration des logements appartenant à des propriétaires privés**. A cette fin, elle reçoit une dotation du budget de l'Etat et attribue des subventions.

En 2004, l'ANAH a versé 418 millions d'euros aux propriétaires bailleurs et occupants pour 143 400 logements. Au sein de cette action, **10 073 propriétaires occupants ont été aidés dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées et handicapées pour un montant total de 32 millions d'euros environ**.

Là encore, le degré de dépendance n'entre pas dans les critères d'attribution de l'aide versée par l'ANAH et surtout l'action envers les personnes âgées est mêlée à celle envers les personnes handicapées, la Loi ne faisait pas la différence. L'ANAH s'inscrit d'ailleurs sur le champ de la prévention : adapter l'habitat afin de ne pas rendre l'entrée en institution inéluctable. Comme pour les CLIC, dans la pratique, les personnes qui demandent une aide pour des travaux d'amélioration de leur habitat ne sont en général plus complètement autonomes et leur requête est motivée par l'impossibilité ou les difficultés à se mouvoir dans leur logement.

11.3.e Les exonérations de charge et réductions fiscales

Lorsqu'une personne âgée a besoin d'une aide à domicile, elle a trois possibilités :

- avoir **recours au service prestataire** : l'aide à domicile est employée par une association, un Centre Communal d'Action Sociale, une entreprise d'aide à domicile. Pour intervenir auprès des personnes de 70 ans et plus, la structure doit être autorisée par le Conseil Général et obtenir un agrément qualité délivré par la DDTEFP. La personne âgée a recours à un service : elle paie une heure d'aide à domicile pour un montant fixe et ne gère pas l'emploi de l'aide à domicile
- Avoir recours **au service mandataire** : la personne âgée est employeur de l'aide à domicile et effectue le paiement du salaire, des cotisations sociales, des congés et du licenciement, le cas échéant. Le service mandataire a pour fonction de proposer des candidats, d'effectuer certaines formalités administratives (contrat de travail, déclaration Urssaf) mais le contrat de travail est signé entre la personne âgée et l'aide à domicile. La personne âgée verse en plus du salaire une somme d'argent au service mandataire, selon la prestation fournie.
- Avoir recours **au gré à gré ou à l'emploi direct** : La personne recrute directement l'aide à domicile, est l'employeur et gère toutes les formalités.

Figure 18

Les différentes modalités d'emploi d'une aide à domicile -
réductions fiscales et exonérations de charges patronales associées

	Le mode prestataire	Le mode mandataire	Gré à gré
Contrat de travail, statut de la personne et de l'aide à domicile	Les services mettent à la disposition de la personne âgée une ou plusieurs personnes intervenant à son domicile.	La personne âgée reste l'employeur de la personne qui travaille à son domicile. L'association décharge le bénéficiaire de toutes les formalités administratives (recrutement, contrat de travail, établissement du bulletin de salaire, déclaration à l'URSSAF...).	Convention collective nationale des salariés du particulier employeur
Système de tarification	fournissent une prestation de service qui donne lieu à une facturation	Paiement du salarié, déclaration URSSAF	Chèque emploi-service,
Aides financières	Prise en charge par l'aide sociale si bas revenus Prise en charge APA pour les GIR 1 à 4 si agrément qualité et par les caisses de retraite si GIR 5 à 6.	Prise en charge par l'aide sociale si bas revenus. Prise en charge APA pour les GIR 1 à 4 si agrément qualité et par les caisses de retraite si GIR 5 à 6. Dans le cadre de l'emploi d'une personne à domicile, déduction fiscale sur ce qui reste à la charge de la personne	Exonération des charges sociales pour les personnes de 70 ans et plus. Dans le cadre de l'emploi d'une personne à domicile, déduction fiscale sur ce qui reste à la charge de la personne

Source : CRÉDOC, 2005

Le manque à gagner pour l'Etat n'a pas pu être estimé. Là encore, on est sur un champ beaucoup plus large que celui de la dépendance. Les personnes autonomes bénéficiant d'exonération de charges patronales après 70 ans sont probablement nombreuses.

11.3.f Synthèse

Au total, **les dépenses consacrées à la dépendance par l'Etat sont de 2,5 milliards d'euros environ**, sachant que le manque à gagner lié aux exonérations charges patronales et aux réductions fiscales n'a pas été estimé.

Figure 19 :
Coût de la dépendance pour l'Etat

	Dépenses totales
APA	1,4 milliards
FMAD	60 millions
Soins infirmiers	1 milliard
ANAH	32 millions
Exonérations de charge	Inconnu

Source : CRÉDOC, 2005

11.4 Les communes

11.4.a Une implication très fréquente

Les mairies gèrent également une action sociale. Cette action est totalement facultative, mais concerne un grand nombre de municipalités. Elle est souvent déléguée à un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) qui a un budget autonome dans les grandes villes.

La DREES a mené une enquête sur ce sujet auprès d'un échantillon représentatif de 1 832 municipalités. En 2002, **huit communes sur dix développaient des actions en faveur des personnes âgées**. Si cette action existe très souvent dans les petites communes, elle est quasiment systématique dans les grandes : 77% des communes de moins de 5 000 habitants déclarent mener une action sociale envers les personnes âgées, 81% de celles comptant entre 5000 et 10 000 habitants et 97% des plus grandes. Le fait d'appartenir au milieu rural avait un léger impact : parmi les petites communes, celles en milieu urbain développent plus souvent une action sociale envers les personnes âgées que celle en milieu rural (85% contre 70%), mais l'effet est inversé au sein des communes de 5000 à 10000 habitants (79% en milieu urbain contre 87% en milieu rural).

Cette étude mettait en évidence que **les personnes âgées étaient, quelle que soit la taille de la commune, le cœur de l'action sociale des communes**.

En terme d'activités, selon cette étude, les grandes communes proposent le plus souvent aux personnes âgées **un service de portage de repas** (huit communes sur dix), la gestion d'un **logement-foyer** (sept communes sur dix), **un service d'aide-ménagère** (six communes sur dix) et un **service de téléalarme** (six communes sur dix). Les communes de 5000 à 10 000 habitants proposent elles-aussi le plus souvent un service de portage de repas (près de sept communes sur dix) et dans une même proportion des services d'aide-ménagère et de téléalarme (5 sur 10).

Enfin, diverses prestations ou aides financières ou en nature sont proposées aux personnes âgées (colis de Noël, aide aux déplacements, distribution de vêtements, etc.) dans huit communes sur dix.

11.4.b Une offre d'équipements... plutôt que des aides

Le coût de la dépendance pour les communes dépend de l'existence d'une action sociale pour les personnes âgées et de son contenu : est-il principalement orienté sur les personnes dépendantes ou vient-il plutôt en complément de l'aide légale ? Sont-ce des aides financières ou plutôt des services comme des services d'aide ménagère, de portage de repas ou de téléalarme, à tarif préférentiel ?

Selon l'association des maires de France, « les communes ont toujours considéré que l'aide aux personnes âgées relevait de leur sphère de compétence, leur intervention dans le domaine en gérontologie a été principalement orientée vers la création d'équipements et de services. » Elles sont devenues le premier opérateur en matière de création et de transformation de maisons de retraite et de logements-foyers, tout en contribuant directement ou indirectement au développement des services liés au maintien à domicile : aide ménagère, soins à domicile, portage de repas, télé alarme, foyers-restaurants et autres. **L'action des communes dans le champ de la dépendance serait donc plutôt en matière de services proposés que d'aides financières.**

L'association des Maires de France cite des études menées pour le compte du Sénat qui ont montré que l'action sociale ne profite pas à tous. Les personnes s'adressant aux services d'action sociale relèvent plutôt d'un public à faibles revenus, qui a besoin d'aides financières ou de services à un tarif préférentiel par rapport au marché.

Aucune donnée sur le coût global de l'action sociale des communes n'a été malheureusement trouvée. Cette action sera appréhendée dans la troisième partie, pour les départements ayant fait l'objet d'une investigation spécifique.

11.5 Les caisses de retraite

Depuis l'APA, les caisses de retraite ont modifié leur champ d'intervention dans le financement de l'aide à domicile en proposant une aide complémentaire pour les GIR 5 et 6. Elles continuent d'avoir une action envers les personnes dépendantes dans d'autres domaines : l'aide aux travaux d'amélioration de l'habitat et des aides assez nouvelles comme l'aide au retour d'hospitalisation et l'hébergement temporaire.

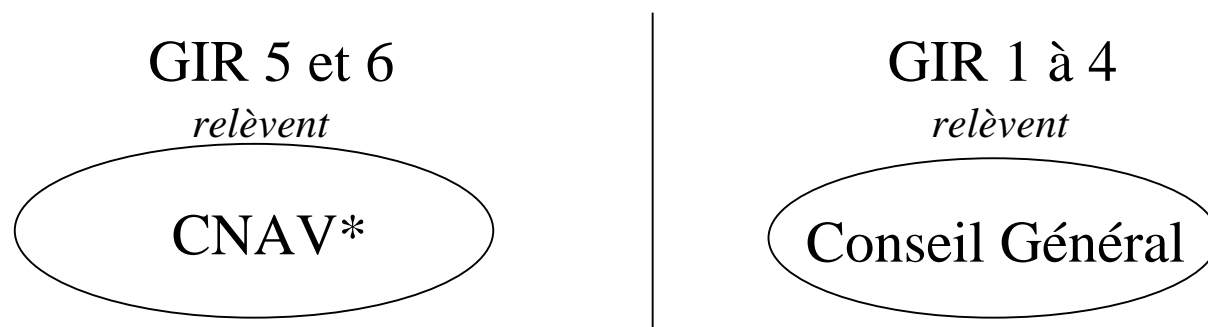
11.5.a Un financement de l'aide ménagère pour les non dépendants

Les caisses de retraite prennent en charge une partie du coût d'une aide ménagère pour les personnes qui rencontrent des difficultés pour accomplir certains actes de la vie courante (entretien du logement, courses, préparation des repas...). Selon les nouvelles orientations de l'action sociale de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, pour les retraités du régime général, cette aide ne concerne que les personnes qui ne sont pas bénéficiaires de l'APA.

Cette action ne rentre donc pas à proprement parler dans le champ du cahier de recherche : elle concerne des personnes non dépendantes.

Figure 20

La répartition du financement de l'aide ménagère depuis l'APA



**Pour les retraites du régime général*

source : CRÉDOC

11.5.b L'adaptation de l'habitat

Les **caisses de retraite**, principales ou complémentaires, octroient des aides financières ou des prêts à leurs pensionnés pour réaliser des travaux d'amélioration de l'habitat ou de maintien à domicile (remplacement d'une baignoire par une douche, changement de mode de chauffage, etc...). Selon les

caisses de retraites, les aides sont variables et plus ou moins aisées à obtenir, en fonction des critères de priorité définis par les caisses et du volume de demandes à traiter. Le degré de dépendance ne fait pas partie des critères d'attribution. Les caisses de retraite interviennent ici au titre de la prévention de la dépendance, pour favoriser le maintien à domicile : adapter l'habitat avant que l'entrée en institution soit inéluctable.

Le tableau suivant indique la participation de la caisse de retraite pour les retraités du régime général. Elle varie de 30 à 65% selon le niveau de ressources ; elle est nulle pour les personnes seules ayant des ressources supérieures à plus de 1 269 euros/ mois à 1 937 euros pour un couple. Cette aide n'est versée que pour des travaux dont le montant n'excède pas 5 580 euros.

En 2004, l'aide à l'amélioration de l'habitat représente pour le régime général 23 millions d'euros de dépenses.

Figure 21

Barème de participation 2005 du régime général

(applicable aux retraités résidant en métropole et dans les départements d'outre-mer)

RESSOURCES MENSUELLES		PARTICIPATION DE LA CAISSE DE RETRAITE
Personne seule	Couple	
inférieures au plafond départemental de l'aide sociale	inférieures au plafond départemental de l'aide sociale	65 %
supérieures au plafond départemental de l'aide sociale à 767 euros	supérieures au plafond départemental de l'aide sociale à 1 332 euros	59 %
de 768 euros à 822 euros	de 1 333 euros à 1 422 euros	55 %
de 823 euros à 926 euros	de 1 423 euros à 1 557 euros	50 %
de 927 euros à 1 087 euros	de 1 558 euros à 1 748 euros	43 %
de 1 088 euros à 1 137 euros	de 1 749 euros à 1 814 euros	37 %
de 1 138 euros à 1 269 euros	de 1 815 euros à 1 937 euros	30 %
Au delà de 1 269 euros	Au delà de 1 937 euros	Pas de participation

Source : CNAV, 2005

11.5.c Des nouvelles prestations

En 2004, le CRÉDOC a mené une évaluation pour le compte de la CNAV sur de nouvelles expérimentations en réponse au souhait de cet organisme de diversifier ces actions aujourd'hui centrées sur l'aide ménagère.

Parmi ces expérimentations, deux d'entre elles méritent d'être citées car elles s'inscrivent sur le champ de la dépendance.

L'Aide au Retour d'Hospitalisation (ARDH) offre aux personnes âgées un certain nombre de services pendant deux à trois mois pour faire face à un problème de santé ponctuel le temps que la personne retrouve son autonomie. Il s'agit très souvent d'aide à la toilette, à la préparation des repas et au ménage. A la sortie de l'hôpital, la personne est dépendante (GIR Moyen 3,5) mais il n'est pas rare qu'elle retrouve son autonomie quelques mois après. Cette dépendance est passagère et à ce titre, n'est pas prise en charge par l'APA. L'hospitalisation est un moment déstabilisant pour la personne âgée, qui doit être bien géré pour lui permettre de retrouver son autonomie. La sortie d'hôpital doit notamment être la mieux organisée possible en débloquent rapidement l'aide nécessaire. Les évaluations ont montré que dans certains départements où l'APA d'urgence fonctionnait mal ou même n'existait pas, les services sociaux des hôpitaux utilisaient cette prestation, y compris pour des personnes dépendantes pour lesquelles le pronostic de récupération était mauvais, afin d'attendre la mise en place de l'APA.

D'autres caisses de retraite développent également cette aide.

L'hébergement temporaire répond à deux besoins : il est à la fois **un soutien au maintien à domicile** pour reposer la personne elle-même et l'aider temporairement lors d'un retour d'hospitalisation ou s'il faut réaliser des travaux dans son domicile ; il est également un **soutien aux aidants** en leur permettant de souffler et de partir en vacances. Son principe est de financer des jours d'institution pour une personne âgée en hébergement temporaire. Le financement dépend des revenus et limité à un mois par an.

Pour la CNAV, l'ARDH représente en 2004 1,55 millions d'euros et l'hébergement temporaire 290 000 euros. Ces aides sont en cours de généralisation. Le budget qui leur est consacré est donc amené à augmenter dans les prochaines années.

11.5.d L'implication de la MSA

Notons le rôle spécifique de la MSA parmi les organismes de protection sociale. Elle gère les retraites des ressortissants du régime agricole et participe à la prise en charge de la dépendance. LA MSA a une organisation très pyramidale et démocratique puisqu'au niveau cantonal, des délégués sont élus par tous les adhérents au régime. Ces délégués élisent une structure départementale qui est totalement autonome dans l'action sociale qu'elle souhaite développer.

Au niveau départemental, la MSA a donc développé une action envers les personnes âgées variable, mais souvent conséquente, les ressortissants du régime agricole vieillissant plus vite que le reste de la population. Nous verrons dans la troisième partie que son rôle dans la prise en charge de la dépendance peut être important.

Nous n'avons néanmoins pu collecter aucune donnée nationale sur le budget consacré à son action sur ce champ.

11.6 Les mutuelles, les assurances

L'assurance dépendance existe depuis 1998. Il s'agit de contrats d'assurance qui prévoient le versement d'indemnités sous forme de rente ou de capital en cas de perte d'autonomie. Les prestations versées permettent de financer de l'aide à domicile, de l'hébergement en établissement pour personnes âgées, des aménagements du logement, etc.

L'action des mutuelles s'inscrit en complément des prestations légales de l'assurance maladie obligatoire soit en couverture des produits non pris en charge soit dans le cadre de fonds de secours.

Les sociétés d'assistance (Inter Mutuelles Assistance, AXA Assistance, Europ Assistance, Mondial Assistance, Fidelia Assistance, etc.) sont actives sur le secteur des services à la personne, délivrant un certain nombre de services à domicile, via l'assurance-santé ou dépendance, notamment de la téléalarme ou de la téléassistance (centrale d'écoute dans un cadre beaucoup plus large que la gestion de l'appel de secours, appels de convivialité, lutte contre l'isolement). Réunies au sein du SNSA (Syndicat national des sociétés d'assistance), elles sont parties prenantes du débat qui s'est engagé dans le cadre de la loi Borloo sur les services à apporter aux personnes et « se positionnent comme acteur majeur aux côtés des grandes associations d'aide à domicile et des collectivités locales ». Pour elles, la branche de l'assistance à domicile est une branche d'avenir avec un marché important à moyen terme, même s'il reste limité actuellement. Sur 4 millions de dossiers, seuls 277 000 concerneraient l'assistance à domicile.

Cette assurance est toutefois peu développée encore. Une étude menée par le CRÉDOC en 2005 pour le compte du CTIP montrait par exemple que seulement 7% des entreprises employant 200 salariés et plus proposaient une rente dépendance dans leur contrat de prévoyance.

11.7 De nouveaux acteurs économiques

Avec le vieillissement de la population, de plus en plus d'acteurs privés voient la part de leur clientèle âgée croître, ce qui les amène à proposer des produits et des services spécifiques. On peut notamment citer les artisans du bâtiment qui sont amenés de plus en plus à remplacer des baignoires par une douche pour des personnes âgées, le matériel et les travaux réalisés ne sont souvent pas les mêmes que pour des personnes plus jeunes (faciliter la prise en main du mitigeur, éviter les rebords de douche).

La volonté depuis 2002 du gouvernement de promouvoir le maintien à domicile des personnes âgées et handicapées a également conduit de nombreux champs de l'économie à être concernés par cette question. L'ANAH, par exemple, a vu les dossiers concernant le maintien à domicile des personnes âgées et handicapées être prioritaires en 2003 et 2004. La loi Borloo prévoit le développement des emplois des services à la personne par des exonérations de charge, un nouveau chèque service universel, etc. Ces déclarations politiques amènent également les sociétés privées à prendre conscience d'un marché potentiel et à proposer des produits spécifiques pour une société vieillissante.

Enfin, le marché des services à domicile traditionnellement tenu par le tissu associatif est à présent investi par des sociétés qui se positionnent sur des créneaux parfois légèrement différents : services spécifiques notamment le transport ou des repas pour diabétiques, rapidité ou souplesse accrues. Ces sociétés offrent aux personnes âgées de nouvelles perspectives dans les services auxquels elles peuvent avoir droit.

11.8 Des actions qui peuvent conjuguer les besoins de catégories de populations différentes

Dans les actions innovantes qui pourront permettre à terme d'augmenter encore la palette de solutions à disposition des personnes âgées dépendantes, on peut également citer les expériences de taxi social : il s'agit d'auto-écoles destinées à des publics en difficulté, qui leur permettent d'apprendre à conduire à leur rythme et à un coût moindre que dans les auto-écoles privées. Les heures de conduite sont mises à profit pour rendre service aux personnes âgées (ou personnes handicapées) qui ont besoin de se déplacer (rendez-vous chez le médecin, visite au centre de sécurité sociale...). Le financement de ces taxis est assuré par les fonds destinés à l'insertion des publics en difficulté.

11.9 La participation de la personne âgée

La personne âgée a à sa charge tout ce qu'aucun institutionnel n'a pris en charge du fait de son âge, de son degré de son dépendance, de ses revenus, de son régime de retraite ou encore de son recours ou non aux aides et aux services proposés. L'estimation complète du coût de la dépendance pour une personne âgée est assez complexe, elle nécessiterait l'analyse de situations concrètes et dépasse le cadre de ce cahier de recherche. Néanmoins, nous avons souhaité estimer cette part par le biais de la participation de la personne au plan d'aides APA

11.9.a Une participation croissante avec le niveau de revenus

Dès 2002, la personne âgée avait une certaine part du plan d'aides qui restait à sa charge. Cette part augmentait avec son niveau de revenus.

Le barème de participation applicable aux bénéficiaires de l'APA à domicile a été ajusté par le décret n° 2003-178 du 28 mars 2003 dans le cadre des mesures d'urgence arrêtées en mars 2003 destinées à assurer le financement de l'APA en 2003. Le seuil des revenus mensuels déclenchant la mise en œuvre effective d'une participation financière des allocataires de l'APA a été ramené à 623 € et celle-ci croît progressivement de 0 % à 90 %, de 623 € à 2 483 € (contre 0 % à 80 %, de 949 € à 3 162 € auparavant) : la participation moyenne des bénéficiaires est passée de 5 % à 12 % du montant du plan d'aide.

Cette modification permet au dispositif d'être viable : les effectifs étant supérieurs aux prévisions, l'Etat a dû augmenter la participation de la personne pour que le système ne dérive pas. Néanmoins, on notera la forte augmentation du niveau de participation de la personne âgée (cf tableau). Pour un niveau de ressources de 1 700 euros, par exemple, le niveau de participation est passé de 25% à 49%, soit le double. Pour certaines tranches de revenus, l'augmentation est très forte et le reste à charge suffisamment important pour craindre des situations de rupture du maintien à domicile.

Figure 22

Barème de participation de la personne âgée au financement du plan d'aides en 2002 et après 2003

	En 2002	Après 2003		En 2002	Après 2003
500 euros	0,00%	0,00%	1800 euros	28,43%	53,81%
600 euros	0,00%	0,00%	1900 euros	31,91%	58,47%
646 euros	0,00%	0,00%	2000 euros	35,40%	63,14%
700 euros	0,00%	2,50%	2100 euros	38,88%	67,80%
800 euros	0,00%	7,16%	2200 euros	42,36%	72,46%
900 euros	0,00%	11,83%	2300 euros	45,85%	77,13%
984 euros	0,00%	15,75%	2400 euros	49,33%	81,79%
1000 euros	0,55%	16,49%	2500 euros	52,82%	86,46%
1100 euros	4,04%	21,16%	2576 euros	55,46%	90,00%
1200 euros	7,52%	25,82%	2600 euros	56,30%	90,00%
1300 euros	11,01%	30,49%	2700 euros	59,78%	90,00%
1400 euros	14,49%	35,15%	2800 euros	63,27%	90,00%
1500 euros	17,98%	39,81%	2900 euros	66,75%	90,00%
1600 euros	21,46%	44,48%	3000 euros	70,24%	90,00%
1700 euros	24,94%	49,14%	3328 euros	80,00%	90,00%
			ET PLUS	90%	90,00%

Source : CRÉDOC, 2005

11.9.b Le coût pour la personne âgée

A domicile, 82% des bénéficiaires relèvent du nouveau barème. Le montant moyen du plan d'aides est de 492 euros, il croît avec le degré de dépendance atteignant 916 euros pour les GIR 1. En tenant compte du montant moyen du plan d'aides et de la participation moyenne des personnes par GIR, on estime à près de **0,5 milliards d'euros la participation des personnes âgées à l'APA par an.**

Figure 23

Barème de participation de la personne âgée au financement du plan d'aides en 2002 et après 2003

	Montant moyen mensuel du plan d'aides	Participation financière de la personne	Nombre de personnes concernées	Montant annuel de la participation pour la personne
GIR 1	916	134	15 000	24 120 000
GIR 2	740	115	103 000	142 140 000
GIR 3	560	82	119 000	117 096 000
GIR 4	348	48	287 000	165 312 000
<i>Ensemble</i>	<i>492</i>	<i>71</i>	<i>524 000</i>	<i>446 448 000</i>

Source : DREES, 2005

11.9.c Une sous-estimation de leur implication

Pour deux principales raisons, ce coût sous-estime l'implication des personnes :

- 1) les personnes ayant des revenus élevés semblent moins souvent avoir recours à l'APA,
- 2) 19% des plans d'aide sont plafonnés.

La DREES a montré que les personnes recourant à l'APA sont celles dont les revenus sont les plus faibles. Le moindre recours des personnes dépendantes aisées à l'APA s'expliquerait en premier lieu par des inégalités sociales face à la dépendance : à âge égal, le risque d'être restreint dans ses activités est deux ou trois fois plus élevé chez les cadres que chez les ouvriers. Cela corrobore également des travaux du CRÉDOC sur les inégalités sociales en matière de santé. Les personnes les plus aisées pourraient également privilégier l'emploi direct qui leur accorde des réductions fiscales, cette aide pouvant être à leur service avant même la survenue de leurs problèmes de santé. L'importance de la participation pour les revenus les plus élevés entre également peut-être en ligne de compte.

D'autre part, 19% des plans d'aide atteignent le plafond prévu par le législateur ce qui signifie que les besoins de la personne ne sont totalement pris en charge et que la participation de la personne est encore plus élevée que celle liée au financement de son plan d'aides. Certains départements ont d'ailleurs fait le choix dans ce cas de compléter la prestation légale par une aide extra-légale.

CONCLUSION

Au total, les données nationales que nous avons pu collecter nous permettent d'avoir une première approche du coût de la dépendance au niveau national. 8 milliards d'euros seraient dépensés, essentiellement supportés les départements qui en assument 63% et l'Etat qui en assume 31%. 6% sont assumées par les personnes âgées dans le cadre de leur participation au plan d'aides APA. Les dépenses estimées et attribuées aux caisses de retraite ont un poids nettement inférieur.

Figure 24

La répartition des rôles des acteurs dans la prise en charge de la dépendance

Acteurs	Coût estimé
Département	5 milliards d'euros
Etat	2,5 milliards d'euros
Communes	inconnu
Caisses de retraite	25 millions d'euros
Personne âgée	0,5 milliards d'euros

source : CRÉDOC

Cette estimation est grossière. Elle a comme point d'ancrage l'APA notamment pour les personnes âgées, pour lesquelles seules ces données permettaient d'avoir au niveau national des éléments de coût et elle reflète les coûts les plus importants. Outre l'APA, les principaux postes sont l'action extralégale ou facultative des départements et les soins infirmiers à domicile.

L'idée est à présent de montrer les diversités d'organisations au niveau départemental à travers notamment un zoom sur trois départements. Derrière cette vision nationale et globale, que se cache-t-il ? Comment se sont organisés les départements ?

3^{ÈME} PARTIE :

L'INFLUENCE SUR LES COÛTS DE LA DIVERSITÉ DE PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE AU NIVEAU DES DÉPARTEMENTS

L'objectif de cette partie est de pointer les disparités départementales dans l'organisation du dispositif de prise en charge de la dépendance à domicile. En effet, le territoire français est loin d'être homogène. La population n'est pas répartie de manière uniforme et ses caractéristiques varient d'un département à l'autre. La demande n'est donc pas la même. La décentralisation a pour effet également de diversifier les politiques sociales mises en place sur le territoire et malgré un socle commun, les partenariats et l'offre de services à domicile développée, modifient le paysage. Par exemple, dans un département où les communes ont une action sociale très développée, les tarifs et l'offre de services proposés à la personne âgée vont être plus bas que ceux d'un département où les communes n'interviennent pas. Dans un territoire où l'offre est très diversifiée, la personne âgée pourra choisir des formes d'intervention moins coûteuses.

Cette diversité n'est pas toujours négative car elle permet de s'adapter aux besoins des territoires. Elle entraîne également une dynamique, il n'est pas rare de voir des innovations mises en place sur un territoire intéresser d'autres départements qui se renseignent et mettent en place des systèmes similaires. Ainsi, le département étudié qui a mis en place un guichet unique pour l'habitat a reçu la visite d'autres confrères qui souhaitaient développer un système équivalent et ceci se fait au profit de la personne âgée. Cependant, cette diversité peut entraîner des différences de traitement contraires à la recherche d'équité sur l'ensemble du territoire et en particulier des différences de coût au niveau du prix de revient du service et du reste à charge de la personne âgée.

Après quelques généralités sur les différences de contexte entre les départements, nous avons choisi de nous focaliser sur trois départements, d'en comprendre l'organisation de la prise en charge de la dépendance et le coût qui en découle pour chacun des principaux acteurs institutionnels. Ces trois départements ont été choisis en fonction d'une part de la part de personnes âgées dans la population, ce qui permet de prendre en compte la demande potentielle et d'autre part, de son caractère urbain ou rural qui rend compte du contexte d'offre en matière de services et d'initiatives locales.

I. DES CONTEXTES LOCAUX DIVERS

I.1 Une offre et une demande non uniformément réparties sur le territoire

L'idée est de pointer du doigt quelques disparités importantes entre départements tant au niveau de la demande de prise en charge de la dépendance qu'au niveau de l'offre de services proposée.

1.1.a Une demande variable

✎ **La part des 75 ans et plus varie du simple au triple selon les départements**

Si l'APA est une aide égale sur tout le territoire, les départements ne sont pas égaux face au vieillissement de la population. Ainsi, lors du dernier recensement de la population en 1999, si en moyenne, les habitants ayant 75 ans ou plus représentaient 7,7% de la population totale, ce ratio variait fortement d'un département à l'autre. Les taux les plus faibles concernaient les départements franciliens, notamment le Val d'Oise (4,5%), la Seine-Saint-Denis (4,7%), l'Essonne (4,8%), la Seine-et-Marne et les Yvelines (5%).

La Creuse est le département où la part des 75 ans et plus est la plus élevée (14,1%), puis la Corrèze (12,3%), l'Aveyron et le Gers (12%). Le tableau complet des données démographiques par département figure en annexe.

On remarquera que les départements les plus jeunes sont les attractifs en matière d'emplois. Nous avons pris comme exemple la part des 75 ans et plus car cette tranche d'âge fait partie des critères entrant dans la répartition de la dotation de l'Etat entre départements, mais les résultats auraient été identiques sur les 60 ans et plus.

Figure 25 :

Les départements où la part des 75 ans et plus est la plus faible et où elle est la plus forte

Département	Nombre d'hbts		Part des	
	de 60 ans et plus	de 75 ans et plus	60 ans et plus	Part des 75 ans et plus
95 - VAL-D'OISE	156673	49955	14,2%	4,5%
93 - SEINE-SAINT-DENIS	208256	65126	15,1%	4,7%
91 - ESSONNE	175835	54408	15,5%	4,8%
77 - SEINE-ET-MARNE	173906	59093	14,6%	5,0%
78 - YVELINES	212620	67606	15,7%	5,0%
60 - OISE	127154	42327	16,6%	5,5%
57 - MOSELLE	203570	61133	19,9%	6,0%
74 - HAUTE-SAVOIE	111315	37890	17,6%	6,0%
59 - NORD	461236	153547	18,1%	6,0%
32 - GERS	53033	20639	30,7%	12,0%
12 - AVEYRON	80164	31613	30,4%	12,0%
19 - CORREZE	71086	28490	30,6%	12,3%
23 - CREUSE	42770	17506	34,4%	14,1%

Source : INSEE, RP 99

1.1.b Des niveaux de vie variable

De même, l'APA étant versée en fonction des revenus, les départements auront un niveau de participation a priori d'autant plus élevé que le niveau de revenus des habitants est faible. Aux disparités démographiques précédemment évoquées se conjuguent des inégalités de niveau de vie.

Ainsi, le revenu fiscal moyen par foyer, qu'il soit imposable ou non est le plus élevé en Ile-de-France et notamment sur Paris et dans les Hauts-de-Seine. Il est le plus faible dans la Creuse et le Cantal. Le tableau complet par département est disponible en annexe. Là encore, entre la Creuse et Paris, le revenu fiscal moyen varie du simple au double.

Pour être plus juste, il faudrait considérer le niveau de revenus des personnes âgées, mais les départements où le niveau de vie des personnes âgées est faible sont également en général ceux où le niveau de vie des habitants est faible.

Figure 26

Revenu fiscal moyen par département en 2004 -

Les départements où ce revenu est le plus élevé et où il est le plus faible

Dpt	Dpt	Nombre de foyers fiscaux	Revenu fiscal de référence des foyers fiscaux	Revenu moyen
75	PARIS	1 425 385	36 985 564 546	25 948
92	HAUTS-DE-SEINE	863 465	21 584 280 861	24 997
78	YVELINES	712 334	17 604 795 134	24 714
91	ESSONNE	618 418	12 514 985 159	20 237
74	HAUTE-SAVOIE	368 955	7 133 432 856	19 334
94	VAL-DE-MARNE	719 563	13 780 057 654	19 151
77	SEINE-ET-MARNE	648 519	12 087 891 235	18 639
95	VAL-D'OISE	589 708	10 824 336 857	18 355
24	DORDOGNE	230 757	3 128 654 087	13 558
32	GERS	103 204	1 398 952 871	13 555
62	PAS-DE-CALAIS	761 951	10 305 160 652	13 525
82	TARN-ET-GARONNE	123 114	1 661 586 442	13 496
11	AUDE	186 631	2 466 539 094	13 216
09	ARIEGE	83 202	1 099 298 100	13 212
48	LOZERE	42 679	560 842 419	13 141
2B	HAUTE-CORSE	81 507	1 060 639 882	13 013
15	CANTAL	87 192	1 130 720 916	12 968
23	CREUSE	73 906	906 740 484	12 269

Source : DGI, 2004

1.1.c Une offre de services variable

✎ Les services de maintien à domicile sont portés par le tissu associatif local

Les services de maintien à domicile sont le plus souvent des associations portées par des initiatives locales, leur présence est donc diverse sur le territoire. Certes, les deux grandes enseignes nationales sont très souvent représentées dans les départements :

- ✓ l'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR), réseau de 3000 associations locales présentes dans 34 000 communes.
- ✓ Et l'Union, de l'Aide, des Soins et des Services à Domicile (UNA) qui regroupe 1 183 structures qui peuvent être des associations, mais aussi des CCAS, des organismes mutualistes, etc.

Au-delà de ces deux enseignes, les structures qui y appartiennent sont de toutes façons des entités au statut indépendant et avec une organisation propre et de nombreuses configurations sont possibles au niveau local. L'action des communes peut être plus ou moins forte, les structures peuvent être concentrées sur la préfecture de région ou réparties sur tout le territoire. Autant de configurations possibles qui affectent l'offre dont pourra bénéficier une personne âgée pour l'aider à rester chez elle.

Le phénomène d'héliotropisme dans l'offre de soins

Tous les Français n'ont pas droit à la même offre de soins. D'une région à l'autre, le ratio du nombre de praticiens libéraux pour 100 habitants varie de 1 à 3. Si en Ile-de-France, le nombre d'infirmières libérales pour 1000 habitants est de 60, il est égal à 192 en Provence Alpes Côte d'Azur.

Le tableau suivant illustre ainsi la disparité dans l'offre de soins libérale offerte sur le territoire français. La région Provence Alpes Côte d'Azur est sur équipée par rapport à la moyenne nationale, le taux d'infirmières libérales pour 1000 habitants est ainsi de 192 contre 102 au niveau national.

Figure 27 Quelques disparités dans l'offre de soins en France

2004	Bourgo- gne	Bretagne	Ile-de- France	Limousin	Picardie	Provence- Alpes- Côte d'Azur	France métropoli taine
Médecins généralistes	103	110	112	133	96	141	114
Médecins spécialistes	66	70	125	65	46	134	88
Chirurgiens dentistes	49	64	76	50	40	86	63
Infirmiers diplômés d'Etat	85	134	60	134	66	192	102
Masseurs kinésithérapeutes	60	79	85	67	48	124	77

source : DRASS, répertoire Adélie

1.1.d Les critères de répartition du concours de la CNSA aux départements

L'APA prend partiellement en charge ces disparités locales. Elle est répartie entre les départements selon l'idée retenue de porter l'effort sur les départements les plus défavorisés. Ainsi, le montant réel des dépenses auquel doit faire face le département représente 20% depuis 2004. Le principal critère est le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans (50%) ; puis le potentiel fiscal (25%), le montant des dépenses (20%) et enfin le nombre de bénéficiaires du RMI (5%).

La participation de l'Etat à l'APA est donc d'autant plus forte que le département a une population âgée, à faibles revenus et que les dépenses réelles auxquelles doit faire le département dans le cadre de l'APA sont donc élevées.

1.2 La mise en place différenciée du dispositif APA entre départements

1.2.a Les partenariats mis en place

Comme tout dispositif de politiques sociales, la prise en charge de la dépendance repose sur un certain nombre de partenariat. Le champ des possibilités est ici très large : certes, les conseils généraux, les caisses de retraite, les CRAM, les communes travaillent le plus souvent ensemble dans un esprit de complémentarité qui permet aux personnes âgées d'avoir un niveau d'aides plus important (financement plus important d'heures d'aide ménagère) ou plus large (aides sur des services différents comme le portage de repas, téléalarme, etc.). Mais leur degré d'implication et le nombre de partenaires est variable.

Dans l'explication de l'organisation des dispositifs, les acteurs aiment se référer aux pratiques et au passé. **Chaque département à son histoire institutionnelle** au sens où entretient en ligne de compte les orientations politiques et les actions qui ont été menées au cours des années précédentes, les liens entre les présidents ou directeurs d'institution, voire les liens entre institutions. Les institutionnels reviennent toujours sur ce passé quand ils expliquent le partenariat actuel et ce qu'il se passe, comment les dispositifs sont organisés, etc.

Dans certains départements, le Conseil Général a toujours entretenu de bonnes relations avec la municipalité de la préfecture de région, dans d'autres on a le cas inverse. Certains organismes comme la MSA, la mutualité française ont une action locale envers les personnes âgées plus ou moins développée ce qui le désignera comme partenaire institutionnel ou non. Souvent, les partenaires mis en place pour l'APA sont d'ailleurs ceux de la PSD, à moins que des événements politiques majeurs aient eu lieu depuis dans le département.

Cela n'est d'ailleurs pas toujours en lien avec les données objectives. Comme on le verra ultérieurement, dans un département étudié, la MSA a souhaité s'investir dans le champ de la dépendance notamment dans les évaluations alors même que la part des ressortissants du régime agricole ne fait pas partie des plus élevée.

1.2.b Qui prend en charge l'évaluation du plan d'aides APA?

Lorsque la personne âgée dépose une demande d'aide ménagère ou d'APA, **une évaluation globale de ses besoins** est réalisée par une équipe qu'on qualifie de médico-sociale conjuguant les compétences d'une assistance sociale et d'une infirmière le plus souvent. Cette évaluation aborde divers domaines : le besoin en aide humaine (aide ménagère, aide à la toilette ou à l'habillage), mais aussi les aides techniques (téléalarme, protections, lit médicalisé, amélioration de l'habitat). Il peut également prévoir des journées en hébergement temporaire afin de permettre à des enfants hébergeant leur parent de partir en vacances ou de souffler tout simplement ou des travaux d'amélioration de l'habitat.

Dans de nombreux départements, **le personnel œuvrant dans les équipes médico-sociales est salarié du Conseil Général, conformément à la Loi qui attribue aux départements ce champ de compétences**. Néanmoins, dans le Nord, par exemple, les équipes médico-sociales sont composées de personnel du Conseil Général et de la CRAM. La MSA souhaite également parfois participer aux équipes médico-sociales, soit en prenant en charge les évaluations des ressortissants agricoles, soit en prenant en charge une zone géographique du département.

Ainsi, si dans la majorité des cas, le financement du personnel réalisant les évaluations est à la charge du Conseil Général seul, les études que nous avons pu mener auprès de collectivités locales nous ont montré que d'autres financements peuvent intervenir.

1.2.c Plan d'aide idéal ou plafonné ?

Lorsqu'une personne fait une demande d'aide ménagère le plus souvent ou sollicite un autre service, l'équipe médico-sociale qui est chargée d'évaluer ses besoins, établit la liste des dépenses considérées comme nécessaires pour le maintien à domicile : aides à domicile, travaux, matériel technique, etc. En théorie, ce plan d'aide ne devrait pas dépendre des aides que peut solliciter la personne ; il est souvent nommé *plan d'aide idéal*. Pour chaque GIR, en effet, un montant maximal du plan d'aide est arrêté au niveau national. Le plan d'aides idéal ne devrait pas tenir compte de ce plafond.

Or, là aussi, les entretiens que nous avons pu mener avec des responsables locaux à propos de la dépendance nous ont montré qu'en pratique, il n'est pas rare que les équipes médico-sociales tiennent compte de ce plafond car de toute façon, la personne âgée ne pourra bénéficier de plus et autant ne pas lui faire espérer trop. Le plan d'aides ne reflèterait donc pas les besoins de la personne, mais des besoins plafonnés. A contrario, certains départements tiennent à ce que le plan d'aides évaluent réellement les besoins et ne tiennent pas compte des plafonds.

Le chiffrage du plan d'aides APA peut donc minimiser le coût réel de la prise en charge nécessaire pour un maintien à domicile dans de bonnes conditions.

Figure 28
Montants maximaux des plans d'aide au 1^{er} janvier 2005

GIR 1	1148,09 €
GIR 2	984,08 €
GIR 3	738,06 €
GIR 4	492,04 €

1.2.d Des cofinancements divers

Les partenariats développés dans les départements se repèrent par les différentes conventions signées pour le financement de réseaux, de l'évaluation des plans d'aides, de dispositifs spécifiques, etc. Le processus de convention pourrait d'ailleurs faire l'objet d'une étude approfondie. De plus en plus, semble-t-il, sont signalées des conventions qui établissent le rôle de chaque partenaire, son implication en matière financière ou de mise à disposition de personnel. Cela s'explique probablement par la complexité des dispositifs et le développement d'actions qui mettent en jeu plusieurs financeurs : ici, c'est un réseau gérontologique, là-bas, c'est un CLIC.

Comme exemple de diversité dans les financements mis en place, la prise en charge des CLIC permet de voir la diversité territoriale des partenaires associés. Même si cet exemple n'est plus d'actualité avec le transfert de compétences aux départements, il permet de repérer les différences d'organisation. Ainsi, si l'Etat était financeur dans tous les départements, en 2004, les communes ne l'étaient que dans 67 départements, le Conseil régional dans 14 et les hôpitaux dans 26. Les caisses de retraites et les Conseils Généraux étaient quasiment toujours financeurs (89 et 82 départements).

Figure 29
Couverture territoriale des différents cofinanceurs des CLIC

Financiers	2002		2004	
	Dépts couverts	%	Dépts couverts	%
Etat	87/87	100%	96/96	%
Conseil général	66/87	76%	89/96	100%
Communes	51/87	59%	67/96	93%
Conseil régional	7/87	8%	14/96	70%
C.retraites,org soc	59/87	68%	82/96	15%
Hôpitaux	17/87	20%	26/96	85%
Divers	45/87	52%	62/96	27%

Source : site DGAS

Note : Le total est inférieur au nombre de déplacements français en 2002 car le territoire n'était alors pas totalement couvert.

1.2.e Une montée en charge et une pénétration du dispositif APA variable

La mise en place de l'APA a entraîné pour les départements une forte augmentation des dépenses consacrées à ce public : +33% entre 2002 et 2003. **Selon la DREES, cette croissance a néanmoins été plus ou moins importante selon les départements : un quart des départements ont eu une évolution inférieure à 24% et un quart ont eu une augmentation supérieure à 44%.** Ces écarts s'expliqueraient par l'évolution des politiques menées par les départements, mais aussi l'évolution de la demande qui s'est déclarée à un rythme plus ou moins soutenu.

Outre des écarts dans la croissance des dépenses consacrées aux personnes âgées, la DREES a mis en avant la variabilité du ratio du nombre de bénéficiaires de l'APA pour mille habitants de 75 ans et plus qui peut aller de 100 à 300. Si en moyenne, en 2003, l'APA à domicile concerne 90 personnes pour 1000 habitants de 75 ans et plus, pour 10% des départements ce ratio est inférieur à 56 et pour 10% il est égal à 132. Le rapport interdécile est de 2,3. A l'aide d'un modèle déterministe, la DREES explique ces écarts pour 60% par la structure démographique des départements : **le ratio est d'autant plus élevé que la population rurale est nombreuse, que la part des agriculteurs et des ouvriers est élevée ainsi que celle des retraités percevant le minimum vieillesse.** Après correction de ces effets, **l'offre existante et les politiques menées** semblent expliquer le reste.

On retiendra que la part des 75 ans et plus sur le territoire peut varier de 4,5% à 14%, que le revenu fiscal moyen varie du simple au double. La région parisienne est favorisée : jeune et avec une population à hauts revenus. Des départements comme la Creuse sont vieillissés et avec une population à faibles revenus.

A ces inégalités s'ajoutent des politiques locales différentes souvent liées aux partenariats développés et des pratiques diverses en matière de prise en charge des évaluations du plan d'aides APA, par exemple, des cofinancements notamment des CLIC.

II. UN ZOOM SUR TROIS DÉPARTEMENTS

L'idée de travailler sur trois départements repose sur le fait que nous avons souhaité repérer plus finement les écarts dans les dispositifs mis en place et les coûts proposés. Qu'en est-il au bout du compte pour la personne âgée ? Y-a-t'il des écarts importants sur le coût supporté ?

II.1 Description des situations

II.1.a Choix des départements

Les trois départements ont été choisis en fonction d'une part de la part de personnes âgées dans la population, ce qui permet de prendre en compte la demande potentielle et d'autre part, de son caractère urbain ou rural, qui rend compte du contexte d'offre en matière de services et d'initiatives locales.

On les nommera ainsi dans la suite du document :

- 1) **Département A urbain et jeune** : Un département francilien urbain, avec beaucoup de grandes communes et avec une part des personnes âgées plutôt légèrement en-dessous de la moyenne nationale;
- 2) **Département B avec une grosse préfecture de région et une part des personnes âgées dans la moyenne nationale**: Un département relativement déséquilibré géographiquement avec une préfecture de région importante et beaucoup de rural.

Comme le précédent, la part de personnes âgées est plutôt légèrement en-dessous de la moyenne nationale.

- 3) **Département C rural et vieillissant** : Un département plutôt rural et très vieillissant : aucune grande ville, beaucoup de petites communes et une part de personnes âgées très élevée.

Figure 30 :
Caractéristiques des départements étudiés

	Urbain, jeune	Grosse préfecture de région, moyenne pour l'âge	Rural vieilli	Moyenne nationale
Part des 60 ans et plus	17,6%	20,6%	29,4%	21,3%
Part de la population à dominante rurale	5,7%	25,1%	49,3%	20,9%

Source : RP 1999

11.2 La complexité et la variabilité des coûts

Pour bien saisir les différences de coût pour un même service, nous nous attacherons à reprendre la tarification des services d'aide à domicile qui a un cadre réglementaire fixé par les pouvoirs publics (au niveau départemental pour les services d'aide à domicile et au niveau national pour les services de soins infirmiers à domicile) et tout un ensemble de pratiques qui amènent des variations tant pour la personne âgée sur le prix qu'elle paiera au final que pour les services pour la subvention qui leur sera allouée.

11.2.a Les tarifs proposés aux personnes âgées

Dans les différents tarifs proposés aux personnes âgées, les variations les plus importantes, sont relatives à l'aide à domicile. En effet, les soins infirmiers sont pris entièrement en charge par la sécurité sociale et on a vu que les plans d'aides sont essentiellement composés d'heures d'aide à domicile. Pour les autres services de maintien à domicile, le tarif varie également, nous donnerons quelques exemples, mais leur poids financier est infime dans le plan d'aides et ces écarts tiennent aux dispositifs (action de la commune, extralégale du conseil général). Nous y reviendrons ultérieurement.

✎ Les écarts de tarification pour l'heure d'aide à domicile

Deux principaux types d'écarts méritent d'être signalés :

- ✓ Le tarif proposé à la personne âgée varie selon le statut choisi : prestataire, mandataire ou emploi direct ;
- ✓ Le tarif du prestataire proposé à la personne est fixé par le Conseil Général et varie d'un département à l'autre.

Les écarts entre les statuts de l'aide à domicile

Comme on l'a évoqué précédemment, lors de l'emploi d'une aide à domicile, la personne âgée a le choix entre le mode prestataire, le mode mandataire et le gré-à-gré ou l'emploi direct. Dans le mode prestataire, elle achète en quelque sorte une heure d'aide à domicile mais ne gère pas l'emploi de la professionnelle, dans le mode mandataire, elle est employeur mais est aidée pour les formalités administratives par les services d'aide à domicile et dans l'emploi direct, elle gère tout l'aspect emploi de la personne. Le service rendu par l'organisme de maintien à domicile varie, le tarif également. **Si une heure de prestataire est environ de 15 à 17 euros selon les départements étudiés, elle est légèrement supérieure au SMIC horaire pour l'emploi direct, soit entre 8 et 10 euros. Le mandataire se situe entre les deux autour de 11 à 12 euros, selon les acteurs rencontrés.**

Les écarts dans la tarification du prestataire

Le tarif offert par un service d'aide à domicile en prestataire à une personne âgée est généralement fixé par le Conseil Général. Ce tarif est de 15,42 euros dans le département A, 16,68 € dans le département B et de 17,15 dans le département C. Cela signifie que d'un département à l'autre, un service à domicile ne fait pas payer un même service le même prix. Les exemples pris montrent, sans être exhaustifs, que les écarts peuvent être non négligeables. Dans le département B, le Conseil Général n'a pas fixé de tarif, les services s'alignent sur le tarif de la CNAV, qui est national. Cela signifie en particulier que dans les départements où le montant de la CNAV est différent du montant du Conseil Général, l'heure d'aide à domicile n'est pas au même prix selon le niveau de dépendance de la personne âgée. Cela ne facilite pas la lisibilité du dispositif et ne simplifie pas les démarches administratives des associations prestataires.

Quelques éléments d'explication de ces écarts

Pourquoi de tels écarts dans les tarifs fixés par les conseils généraux ? Dans le département C, l'encouragement à la professionnalisation du secteur passe par un coût tarifé élevé qui rend le métier plus attractif. Dans le département B, notamment, ce souhait du Conseil Général est contrebalancé par le souci de ne pas trop pénaliser la personne âgée qui ne pourra plus satisfaire ses besoins en heures prestataires si le coût est très élevé. En effet, le montant de l'APA étant identique d'un département à l'autre, si l'heure d'aide à domicile est plus élevée, c'est la personne âgée qui doit assumer la différence de coût. .

Ainsi, le coût tarifé est un arbitrage entre l'incitation à la professionnalisation du secteur et à la limitation du tarif pour les personnes âgées.

L'encouragement à la professionnalisation du secteur

Peu de temps après le vote de l'allocation personnalisée d'autonomie, une circulaire¹⁷ de la DGAS et de la DGEFP mettait l'accent sur les répercussions que pouvait avoir ce dispositif sur l'aide à domicile en solvabilisant une demande. **Comme nous l'avons vu, l'APA provoque un accroissement de la demande.**

Face à ce changement d'échelle rapide et massif, les institutionnels se devaient de réagir vite. La circulaire parlait d'un besoin supplémentaire de 20 000 équivalents temps plein, soit environ 40 000 salariés à recruter. Ces besoins concernaient notamment les équipes médico-sociales qui seront en charge de l'évaluation du plan d'aides et les aides ménagères des services d'aide à domicile.

Ces constats ont eu pour conséquence la recherche d'une politique de qualification des aides à domicile (par la validation des acquis ou par formation initiale ou continue). Cela devait permettre de rendre le métier plus attractif, le personnel qualifié étant également mieux rémunéré (de l'ordre de 25% en plus pour un titulaire du DEAVS par rapport à une personne sans aucun diplôme). Un fonds de modernisation de l'aide à domicile avait été créé pour promouvoir la qualification du secteur.

Dans les trois départements rencontrés, **le Conseil Général encourage les personnes à avoir recours au prestataire** pour soutenir ces efforts de professionnalisation, qui sont plus difficiles à mettre en œuvre dans le cadre d'un service mandataire ou dans l'emploi direct¹⁸. De plus, pour une personne dépendante, que signifie être employeur ? Il est difficile de concevoir qu'une personne en GIR 1 ou 2 soit à même de maîtriser toute la complexité du code du travail et les formalités administratives nécessaires du gré-à-gré. Certes, la famille est présente pour accomplir ces démarches, mais certains travailleurs sociaux font remonter des cas de salariés qui assignent les personnes âgées aux prud'hommes. Pour toutes ces raisons, les Conseils Généraux estiment généralement que le prestataire est le mode le plus approprié.

La recherche d'un vrai métier mais aussi d'un vrai salaire pour les aides à domicile

Le secteur de l'aide à domicile est une source de revenus aléatoires pour la salariée. En effet, les aides à domicile ont longtemps été payées à l'heure et continuent parfois de l'être avec les contraintes que çà représente : d'un mois à l'autre, le volume d'heures réalisées peut varier et donc leur niveau de rémunération. Comme pour les assistantes maternelles, la volonté est actuellement d'annualiser leurs salaires en estimant l'activité réalisée sur l'année et en divisant par douze (la règle n'est pas aussi simple puisque les congés payés et les RTT sont à prendre en compte notamment). Certaines associations, ont adopté ce mode de rémunération depuis deux à trois ans. Dans le département B, les grandes associations sont en voie de le faire, voire l'ont déjà fait. Outre

¹⁷ Circulaire N°DGAS/DGEFP/2002/99 du 19 février 2002 relative au développement de l'emploi dans le secteur de l'aide à domicile

¹⁸ Il faut tout de même signaler que la FEPEM, fédération des employeurs d'employés de maison, propose des formations, mais se pose pour les employeurs le problème du financement de ces formations et du remplacement du salarié pendant qu'il suit sa formation

l'annualisation du salaire, ces structures essaient également de proposer des niveaux de temps de travail proches du temps plein. Ces mesures vont de pair avec la professionnalisation et visent à revaloriser ces emplois.

Parallèlement à cette annualisation du salaire, les structures doivent appliquer la législation du code du travail pour leurs salariés et notamment l'application des 35 heures. Le département C a insisté sur l'impact qu'avait eu cette mesure sur le tarif du prestataire.

Ainsi, le souci d'offrir un vrai métier mais aussi une vraie rémunération aux aides à domicile se répercute sur le coût proposé à la personne âgée.

Des tarifs qui augmentent vite et rognent le pouvoir d'achat des français

Une étude du CRÉDOC¹⁹ a montré que les produits qui ont rogné le plus le pouvoir d'achat des ménages entre 1998 et 2004 sont les services, et notamment les services fournis par les crèches, assistantes maternelles et maisons de retraite et les services domestiques. En moyenne, ces services ont augmenté de 6,4% par an, les services domestiques de 6,3%. Le prix des prestations des services à domicile a fortement augmenté ces dernières années sous l'effet de la volonté d'offrir un vrai emploi aux salariés de l'emploi à domicile. La question qui se pose est jusqu'où les Français pourront suivre ? Dans le cadre de la dépendance, cette augmentation a notamment pour effet un arbitrage dans le type d'heures financées dans le plan d'aide (mandataire plutôt que prestataire).

Cette hausse des tarifs tient aussi à la demande qui est soutenue. Depuis l'APA, l'ACOSS qui fédère les URSSAF note une croissance des emplois à la personne : 5% au niveau national en 2003. Avec le vieillissement de la population, rien ne laisse présager un arrêt de cette tendance. La Loi Borloo par le chèque emploi universel ne fera qu'augmenter cette demande.

Le lien entre tarif et qualité

Le tarif reflète-t-il la qualité ? C'est ce qui est mis en avant par les fédérations d'aide à domicile : le prestataire est le mode le plus cher mais la qualité est garantie et supérieure. Tout le monde n'est pas aussi catégorique. Premier élément, pour la personne âgée, ce qui prime, ce sont les liens qu'elle a tissés avec l'aide ménagère et la confiance qu'elle lui porte. En particulier, il arrive que la personne âgée ait bénéficié de l'aide rémunérée d'une personne avant de rentrer dans le dispositif APA. Il n'est pas toujours facile de lui demander de changer d'intervenante, pour bénéficier d'une aide ménagère employée par un service prestataire. Tout changement est déstabilisant et peut mettre en danger le maintien à domicile. Par ailleurs, la qualification de l'intervenante est à adapter aux tâches qu'elle va accomplir au domicile. Il n'est pas forcément nécessaire que la personne âgée paie le prix fort si l'aide ne fait que du ménage, et n'intervient pas du tout pour de l'aide à la personne ou de la sociabilisation. Il vaut mieux dans ce cas qu'elle passe par un service mandataire.

¹⁹ Voir notamment les travaux de Nicolas Fauconnier et Pascale Hebel dans la bibliographie

D'autre part, un tarif bas est parfois objet de suspicion. Un CCAS rencontré a signalé qu'une de ces offres ne fonctionne pas à 100% alors même que ces tarifs sont très en-dessous de ceux du marché. L'écart est de 1 à 3. Une de leur explication tient au fait que l'action du CCAS est connotée, elle s'adresse aux personnes à faibles revenus et donc son action du fait de ses tarifs peu élevés fait l'objet de suspicion. Que propose-t-on à un tel tarif ?

✎ Les effets du coût sur le contenu du plan d'aides

Ces écarts de prix pour une heure d'aide à domicile ont un impact important sur le contenu des plans d'aide à domicile. Avec une même enveloppe de l'APA, une personne âgée ne peut pas avoir accès au même nombre d'heures prestataires du fait des écarts dans les coûts tarifés sur le territoire. Les écarts du prestataire sont ici par exemple de 2 euros par heure entre le département A et le département C. Entre le prestataire et le gré-à-gré, l'écart peut aller jusqu'à un écart du simple au double. Ainsi, par exemple, dans le département C, où le tarif fixé par le Conseil Général est de 17,12 euros, une personne en GIR 3 aura droit au maximum (dans l'enveloppe APA possible du fait de son GIR) à 43 heures si elle a recours à du prestataire et à 81 heures si elle a recours au mandataire. Ce nombre d'heures serait de 46 si on ne tenait pas compte des 35 heures (tarif de 15,96 €).

On constate ainsi un arbitrage pour la personne, notamment lorsque son plan d'aide est plafonné. Dans le département B, 38% des bénéficiaires en GIR 1 ont un plan d'aides dont le montant atteint ou dépasse le plafond. Au sein de leur plan d'aides, 38% des heures sont en prestataire et 56% en emploi direct. Parmi les bénéficiaires classés en GIR 4, la part des plans dits « plafonnés » est moindre (13%) et l'essentiel des heures financées sont en mode prestataire (84%). Ainsi, le coût du prestataire conjugué au phénomène d'enveloppe limitée, entraîne un arbitrage de la personne. Le tarif a un effet important dans une enveloppe plafonnée : pour avoir plus d'heures, la personne a recours à des services moins chers. Ceci pose la question de la garantie de la qualité et de la professionnalisation. Si les GIR 1 qui ont a priori le plus besoin d'un personnel qualifié ont surtout recours à l'emploi direct parce qu'ils ne peuvent pas se permettre d'avoir recours au prestataire, comment justifier les efforts de professionnalisation du secteur de l'aide à domicile ? Cette professionnalisation doit avant tout profiter aux cas de dépendance les plus difficiles à gérer au niveau des gestes accomplis, de la force psychologique du salarié, etc. De plus, le recours au gré à gré ou au mandataire signifie généralement l'absence d'un professionnel référent, connaissant l'ensemble des intervenants au domicile de la personne âgée. Cette absence diminue fortement la réactivité de l'entourage, médical et para médical lorsque la situation de la personne âgée se dégrade.

Tableau 1 Contenu du plan d'aides par GIR dans le département B

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
% plans plafonnés	38%	31%	26%	13%
% prestataire	38%	55%	72%	84%
% emploi direct	56%	31%	21%	12%

Source : CRÉDOC, CG, 2005

✎ Les écarts pour d'autres services

Les différences de tarifs ne concernent pas que l'aide à domicile. On a évoqué plus haut le cas de la téléalarme. Si habituellement, les tarifs oscillent entre 25 et 35 euros, le Conseil Général du département A a abaissé ce coût à 9 euros. Souvent, l'abonnement mensuel étant compris dans le plan d'aides, un tarif plus bas signifie plus d'argent pour les autres services, pour le financement d'aides techniques, etc.

De même, dans le département B, la mise en place d'un dispositif unique habitat augmente probablement le nombre de bénéficiaires d'aides pour l'amélioration de l'habitat. Les gens ne connaissent pas toujours les dispositifs et la complexité des aides dans ce domaine est indiscutablement dissuasive (barème différent d'une caisse de retraite à l'autre, type de travaux différent, etc.).

L'existence de tarifs préférentiels provient souvent de l'action des CCAS qui proposent des services avec des tarifs dégressifs en fonction du revenu. A titre d'exemple, les repas à domicile proposés par le CCAS de la préfecture du département B sont compris entre 5,50 et 9,70 € ceux d'une société privée qui intervient auprès des mêmes publics de 8 € quel que soit le niveau de revenus. Selon le niveau de revenus, il est alors plus intéressant d'avoir recours au CCAS ou à la société privée. Cela ne fait que confirmer la tendance selon laquelle le public suivi par les CCAS dispose plutôt de bas revenus.

11.2.b Les écarts de subvention pour les services

Les recettes des services d'aide à domicile viennent des usagers et donc varient dans les mêmes proportions que le tarif supporté par la personne âgée pour le prestataire, elles varient également en fonction du mode d'intervention. Quant aux dépenses, elles sont fonction des conventions collectives, du niveau de rémunération des salariés et notamment de leur professionnalisation.

Les services de soins infirmiers reçoivent une dotation pour leur activité, qui varie également selon des règles fixées au niveau national. Ils font face aux mêmes contraintes de coût de revient lié aux conventions collectives et au profil du personnel que l'aide à domicile.

✎ **L'aide à domicile**

L'écart entre le coût moyen de revient d'un service d'aide à domicile et le coût tarifé aux personnes âgées

Les services d'aide à domicile agréés qualité facturent aux personnes âgées les heures prestataire au tarif fixé par le Conseil Général. Face à ce tarif, les services ont un coût de revient de l'heure d'aide ménagère qui dépend du niveau de rémunération des aides à domicile et notamment de leurs efforts de professionnalisation puisqu'un titulaire de DEAVS est rémunéré environ 25% de plus qu'un agent à domicile non diplômé.

Dans les départements rencontrés, certaines associations ont ainsi insisté sur le fait que leur coût de revient est supérieur au coût tarifé par les Conseils Généraux (et la CNAV). Dans le département B, cette situation pose problème. Le budget du service d'aide à domicile n'est alors pas équilibré et l'association rétablit l'équilibre par la mutualisation des comptes entre services. Si fixer un tarif élevé pénalise l'aide à domicile, fixer un tarif bas pénalise les associations dans leurs efforts de professionnalisation et dans leur fonctionnement au quotidien.

Dans le département A, une structure a un coût de revient de 23 euros, pour une tarification de 15,42 euros. Cet écart est financé sur cette base grâce à deux systèmes : le Conseil Général verse une subvention horaire d'1,50 € environ et la commune prend en charge la différence. La structure peut donc se permettre de rémunérer ses aides à domicile à un tarif attractif et jouer la carte de la professionnalisation, sans pour autant pénaliser la personne âgée en lui offrant un tarif trop élevé. Les pouvoirs publics par leur subvention permettent à la personne d'avoir un tarif préférentiel pour un service dont ils ne paient qu'en partie la qualité.

La crainte des effets de la Loi Borloo : la carte de la qualité pour le prestataire

La concurrence est relancée avec la Loi Borloo et notamment le chèque emploi-universel. Ce dispositif encourage les emplois à la personne, il est plus axé sur la diminution du chômage que sur la garantie d'une qualité dans les emplois créés. Les associations craignent que cette loi développe l'emploi direct : le coût n'est pas contrôlé. Certes, le prestataire va continuer de jouer sur le champ de la qualité, mais proposera des tarifs supérieurs et on ne peut pas nier l'importance de l'arbitrage financier notamment pour les personnes les plus dépendantes qui ont besoin d'une aide humaine pour un grand nombre d'heures. La recherche de solutions complémentaires moins chères n'est pas à exclure quitte à sacrifier sur le champ de la qualité. Ainsi, les associations prestataires sont inquiètes des effets de la Loi Borloo qui va un peu à contre-courant des efforts de professionnalisation dans le secteur de l'aide à domicile depuis 2002.

✎ Les services de soins infirmiers à domicile

Comme pour les services d'aide à domicile, les tarifs des services de soins infirmiers à domicile ont une base légale et des déclinaisons selon les départements et les associations variables.

Une base légale unique au niveau national

Les soins infirmiers à domicile étant entièrement financés par la CNSA, la tarification est fixée au niveau national de manière unique pour tous les départements. Elle diffère selon le statut du service. Le tarif soin est de 39,45 € pour les services publics et de 34,84 € pour les services privés, cet écart s'expliquerait par les écarts de rémunération entre les deux secteurs. Ce tarif est un tarif maximal.

L'écart entre la base légale et le tarif réel pour les services

Les DDASS reçoivent une enveloppe et disposent du tarif soin maximal pour répartir cette enveloppe entre les structures. Plusieurs éléments font en fait que les structures ne reçoivent pas ce tarif soin maximal.

Les Comités Régionaux d'Organisation Sanitaire et Médico-Sociale (CROSMS) reconnaissent un **nombre de places autorisées de soins infirmiers à domicile** qui reflète le besoin dans le département. Le Ministère verse une enveloppe qui permet de financer de nouvelles places. Les décisions de ces deux instances sont indépendantes. Ainsi, dans le département B, le besoin reconnu est de 844 places, mais le nombre de places financées (du fait de l'enveloppe du Ministère) est de 750. 84 places restent en attente. La règle veut que toute place autorisée par le CROSMS mais non financée soit refusée à moyen terme.

Face à cette situation, le souhait de la DDASS du département B est de diminuer le nombre de places autorisées et non financées et donc parfois de jouer sur le tarif proposé aux services. Le tarif soin moyen versé aux services est de 27,39 € ce qui est inférieur au tarif plafond. Ce tarif varie selon les services en fonction de leur demande mais aussi de leurs caractéristiques comme les kilomètres qu'auront à faire les salariés pour leurs visites. La DDASS reçoit le budget prévisionnel des services et en fonction du montant demandé et de l'enveloppe allouée par le Ministère attribue une certaine somme à chaque service.

Les services de soins infirmiers ne reçoivent donc pas la même somme, cet écart prend en partie les différences dans le service rendu. Mais une part reste liée à la demande du service.

Ces écarts ont un impact ensuite sur les efforts de professionnalisation du personnel. A domicile, la part des personnes très dépendantes est croissante, selon les services, ce qui requiert un niveau de formation de plus en plus élevé et qui augmente le niveau de salaires moyen et donc le coût pour les services de soins. On retrouve le même dilemme que pour l'aide à domicile.

Cette situation peut les placer dans un équilibre financier précaire. Ainsi, dans un SSIAD, l'application de la convention collective les a amené à revaloriser les salaires de leur personnel, mais cette augmentation n'est pas prise en compte dans la dotation de l'Etat. Il a estimé ce déficit à 600 000 euros sur trois ans, 250 000 ans par an sur une dotation de 5,4 millions d'euros.

Une activité réelle supérieure

Les SSIAD sont également dans une situation précaire du fait d'une demande abondante à laquelle ils ne peuvent pas répondre mais qui les amène à avoir une activité réelle supérieure à ce qui était prévu souvent. Notamment, ils ne contrôlent pas bien l'activité des libéraux prescrite par les médecins qu'ils rémunèrent sur leur dotation. Ainsi, dans les cas rencontrés, les structures ont souvent insisté sur le fait que le budget de la DDASS ne reflète pas leur coût réel. Certains complètent cette dotation par des fonds propres issus de bénéfices dans d'autres services ou d'autres recettes. Le décalage constaté fait rarement l'objet d'un complément de rémunération. Là encore, ces problèmes budgétaires peut fragiliser les structures et remettre en cause leur professionnalisation.

11.3 L'impact du partenariat sur les coûts pour la personne âgée

A partir des situations des trois départements, on peut repérer des configurations du dispositif et du partenariat qui affectent le coût pour l'habitant : font-ils face aux mêmes dépenses dans une même commune, dans un même département, pour quelles actions ?

11.3.a Les partenariats développés

Dans les trois départements étudiés, le Conseil Général est plus ou moins seul dans la gestion du dispositif.

- ❖ Dans le département A, il réalise les évaluations APA, mais se coordonne avec les communes pour le système de téléalarme notamment. Aucun autre partenaire n'a été repéré. Ce partenariat s'explique par le contexte géographique : c'est un département urbain avec de nombreuses grandes communes qui ont souvent un CCAS et ont développé une action envers les personnes âgées.
- ❖ Dans le département B, le Conseil Général réalise les évaluations APA avec la MSA et la préfecture de région. Toute l'action est centralisée et rayonne ensuite sur tout le département.
- ❖ Dans le département C, aucun partenaire n'a été repéré au niveau départemental et les relations avec les communes semblent moins développées, au sens où elles ne concernent pas autant de communes et où elles ne vont pas jusqu'à mener une action spécifique envers les personnes âgées ensemble. On est plutôt dans un contexte où le niveau départemental a un rayonnement qui ne s'étend guère au-delà de l'agglomération et où des initiatives locales en milieu rural développent l'action sociale dans ces zones.

11.3.b Des liens plus ou moins développés entre le Conseil Général et le secteur de l'aide à domicile

Les liens avec le secteur de l'aide à domicile diffèrent entre les départements :

- ❖ Dans le département A, le partenariat entre le Conseil Général et l'aide à domicile est assez peu développé, il l'est surtout avec les représentants de l'ADMR et de l'UNA, aucune relation n'est développée avec les entreprises.
- ❖ Le département B a un dispositif en étoile : doté d'une préfecture importante mais avec un territoire plutôt rural pour le reste, toutes les structures de maintien à domicile ont un siège dans la préfecture où les institutionnels siègent également. Cette proximité géographique facilite probablement les relations. Les liens entre institutionnels et services d'aide à domicile sont historiques et forts. Le secteur de l'aide à domicile n'est quasiment représenté que par des enseignes nationales. Quelques micro-structures ont été créées récemment, mais elles se heurtent au refus fréquent de l'agrément qualité.
- ❖ Dans le département C, très rural, sans ville phare comme dans le département B, les initiatives locales sont beaucoup plus nombreuses. Il n'existe pas de centralisation de l'offre, même si le territoire est rural. Le nombre d'associations est plus important. Même si elles se fédèrent au

niveau départemental, le regroupement vient du local vers le départemental alors que dans le département B, c'est un niveau départemental qui rayonne au niveau local.

11.3.c Des offres spécifiques proposées

- ❖ Dans le département A, l'accent a été mis sur la téléalarme qui est proposée à un tarif très bas et sur la garde de nuit dans le cadre du fonds de modernisation de l'aide à domicile pour assurer un service 24 heures/24. Ce tarif de 9 euros au maximum, puisque certaines communes en ajoutant une participation font encore baisser, est largement au-dessous des tarifs du marché. Une étude récente du CRÉDOC abordait les tarifs de la téléalarme qui se situaient autour de 25 à 35 euros. Les leaders nationaux sont par exemple : Présence Verte développée par la MSA; Filien proposée par l'ADMR. Les mutuelles et les assurances proposent également des produits qui sont autant sur la garantie d'un lien social et d'une écoute 24 heures sur 24 que sur la gestion des situations difficiles.
- ❖ Dans le département B, la spécificité relève du guichet unique habitat qui repose sur un partenariat avec quasiment toutes les caisses de retraite. Là encore, on a un système centralisé contrairement au département A où l'action spécifique est développée au niveau communal. Ce système garantit à tout habitant du département un même niveau d'aides quelle que soit sa caisse de retraite. Cet effort de coordination des aides et d'aide à la personne pour l'instruction du dossier permet probablement à certains de faire ses travaux alors qu'ailleurs soit ils feront le sacrifice de la dépense et ne mobiliseront aucune aide soit ils ne feront pas faire les travaux. La complexité des aides dans le domaine est très dissuasive pour celui qui n'est pas particulièrement informé.
- ❖ Dans le département C, aucune offre spécifique n'a été repérée.

11.3.d Les effets sur les coûts

Ces partenariats ont un impact local sur les coûts de la dépendance :

- ❖ Dans le département A, l'action des communes offre à ses habitants des tarifs préférentiels sur la téléalarme certes, mais aussi dans d'autres domaines le portage de repas, l'aide ménagère, en fonction des services développés. On a donc un département où d'une commune à l'autre, le coût pour la personne va fortement varier.
- ❖ Dans le département B, l'action des communes étant plus limitée et l'action relativement centralisée, les habitants du département ont un coût plus homogène : égalité quelle que soit la

caisse de retraite pour l'aide à l'amélioration de l'habitat, égalité pour la téléalarme car ce sont les mêmes opérateurs et aucune action locale n'a été repérée,

- ❖ Dans le département C, les habitants peuvent bénéficier de tarifs préférentiels liés à l'action sur certaines zones pour l'aide ménagère ou le portage de repas, ils sont égaux pour la téléalarme où ils n'ont accès qu'aux enseignes nationales.

Le département A est un département urbain, avec de grosses communes : le partenariat avec ces communes a permis la mise en place d'un tarif très préférentiel pour la téléalarme. Dans cette configuration, les communes ont développé leur propre action et donc le coût pour la personne âgée varie d'une commune à l'autre.

Le département B est très centralisé : le Conseil Général a développé un partenariat avec la MSA et la préfecture de département pour les évaluations APA, il en a développé une autre avec les caisses de retraite pour le guichet habitat. Le partenariat avec les communes semble limité avec la préfecture. Cette configuration implique plutôt des coûts égaux pour tous les habitants du département avec des écarts sur certaines zones liés à l'action d'une commune.

Le département C est rural : le partenariat avec les autres institutionnels et les communes semble moins abouti au sens où aucune action commune n'a été repérée. Cette configuration implique des tarifs préférentiels sur certaines zones, mais sinon les habitants font face aux mêmes coûts : ceux fixés au niveau départemental ou par les enseignes nationales.

CONCLUSION

Cette troisième partie montre la diversité des coûts proposés à la personne âgée pour son maintien à domicile. La tarification est complexe : elle repose en grande partie sur des réglementations publiques que ce soit au niveau national ou au niveau départemental, la décentralisation accentuant la multiplicité des tarifs possibles, et sur des pratiques de prix multiples. Les actions des communes et des Conseils Généraux ont un impact important sur les coûts pour la personne âgée en proposant des tarifs préférentiels souvent très en dessous du prix du marché à leurs habitants, générant des inégalités de traitement importantes sur le territoire.

Derrière la question des coûts se pose la question de la professionnalisation du secteur et de la qualité du secteur rendu. L'effort des services d'aide à domicile en la matière a entraîné une hausse des tarifs proposés à la personne âgée. Pour les personnes très dépendantes, le prestataire est trop cher au vu des plans d'aide idéaux, ce qui les amène à avoir recours majoritairement à de l'emploi direct, dont la qualité est moins contrôlée. Que signifient les efforts de professionnalisation de l'aide à domicile lorsqu'ils profitent aux moins dépendants ?

L'APA semble alors avoir quelques effets pervers : la demande de maintien à domicile a fortement augmenté en raison à la fois de la solvabilisation et de la diffusion d'une information sur l'existence de nombreux services assurant un maintien à domicile dans de bonnes conditions. Or actuellement, les services sont saturés : ils ne peuvent pas fournir assez vite l'aide demandée, et sont même parfois obligés de diminuer le nombre d'heures par rapport à ce qui a été préconisé dans le plan d'aide. La porte est ouverte pour d'autres structures, où la qualité n'est pas contrôlée.

Les structures semblent avoir du mal à adapter leur volume d'intervention à la nouvelle législation. Ceci est d'autant plus inquiétant que les éléments de prospective montrent clairement que les cas de dépendance vont être de plus en plus nombreux. Cela pose la question de la sécurité à domicile : l'APA n'a-t-elle pas fait croire un peu vite qu'on pouvait rester indéfiniment à domicile dans des conditions satisfaisantes ? Le recours à l'institution ne reste-t-il pas une solution alternative préférable, y compris en terme de coût, pour des cas de dépendance lourde ?

CONCLUSION

Ce travail de recherche a permis de mettre en relation les grandes masses financières en jeu au niveau macroéconomique dans le cadre de la prise en charge de la dépendance à domicile. Certains financements n'ont malheureusement pas pu être intégrés, **notamment l'action des communes et les dépenses de la personne âgée hors participation au plan d'aides APA.**

Les monographies départementales réalisées laissent penser que l'action des communes peut avoir un poids important qui mériterait d'être mesuré. Ainsi, dans le département B, 1,3 millions d'euros ont été dépensés, en dépenses nettes (dépenses-recettes des usagers) par le CCAS de la préfecture envers des personnes âgées dont une grande part sont dépendantes, ce qui représente près de 10% du budget APA du Conseil Général.

En ce qui concerne les personnes âgées, lors des entretiens menés dans les trois départements, des cas-types de prise en charge nous ont été présentés. Parmi eux, citons une femme dont le montant de ressources mensuelles est de 2 400 euros. Elle vit seule et le plans d'aides APA prévoit qu'une aide à domicile intervienne 1 heure le matin du lundi au samedi (pour son ménage, son linge, ses courses et une surveillance pour les médicaments), une auxiliaire de vie une fois par semaine pour sa toilette et qu'elle bénéficie également du service de portage de repas quotidiennement. Elle est classée en GIR 4. Le coût mensuel de l'aide à domicile est de 590.32 € celui pour le portage de repas de 213.90 €. Vu son niveau de revenus, le montant de la participation APA n'est que de 48 €. On voit que pour une certaine part de la population, recourir à l'APA peut représenter beaucoup de contraintes (administratives et dans le choix des services) et peu de gain financier, ce qui les en dissuade. Il est donc probable qu'une partie de la population dépendante n'est pas comptabilisée dans les statistiques de l'APA. Leur participation financière n'a pas pu être estimée ici.

D'autre part, même pour les bénéficiaires de l'APA, il est probable qu'il existe des coûts supplémentaires, au delà de la participation prévue au plan d'aides en fonction du niveau de revenus qui a été chiffrée ici, soit parce que la personne âgée trouve que le nombre d'heures prévu dans le plan d'aides est insuffisant, soit parce qu'elle a recours à des services qui ne sont pas prévus dans le plan. Ces coûts sont entièrement assumés par la personne âgée elle-même, ou par ses enfants.

Enfin, notre approche du coût de la dépendance a été uniquement axée sur l'aspect financier. Dans une perspective plus large, on pourra s'intéresser à l'ensemble des conséquences du maintien à domicile, en particulier pour les proches de personnes dépendantes, qui sont amenés à réduire leur

temps de travail, à consacrer une grande partie de leur temps libre à s'occuper de leur parent âgé, souvent pendant plusieurs années.

Pour étudier toutes les facettes d'un maintien à domicile et en avoir une appréciation plus complète du coût à charge des familles, il serait nécessaire **de réaliser des entretiens avec des personnes âgées et leur famille**. Il conviendrait alors de diversifier les lieux d'habitation, afin de tenir compte de la diversité des financements complémentaires qui a été mise en exergue dans ce travail.

BIBLIOGRAPHIE

- C.ATTIAS-DONFUT (dir.) *Les solidarités entre générations, Vieillesse, familles, Etat*, Nathan, 1995.
- C.BORREL, J.MDURR, *Enquêtes annuelles de recensement : premiers résultats de la collecte 2004, N°1001, janvier 2005.*
- S.BRESSE, *Les services de soins infirmiers et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002*, Etudes et résultats, DREES, N°350, novembre 2004.
- B.CHASTENET et J.MAUGUIN, *Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2004*, Etudes et Résultats, DREES, septembre 2005, N°428.
- C.COLIN, V.COUTTON, *Le nombre de personnes âgées dépendantes*, Etudes et Résultats, DREES, N°94, décembre 2000.
- V.COUTTON, *Les coûts de prise en charge de la dépendance des personnes âgées en France*, séminaire EURISCO-LEGOS, mai 2005.
- Etude CRIBIER, *Les vieux parents et leurs enfants*, Gérontologie et société, 1989, N°48.
- DGAS, *Synthèse des évaluations des 25 CLIC expérimentaux*, juin 2004.
- G.DESPLANQUES, J.F. ROYER, *Enquêtes annuelles de recensement : premiers résultats de la collecte 2004, 62 millions d'habitants en France au 1^{er} janvier 2004, N°1000, janvier 2005.*
- Les finances des collectivités locales en 2005* DGCL, Ministère de l'Intérieur, Rapport de l'observatoire des collectivités locales..
- N.DUTHEIL, *L'action sociale des communes*, Etudes et Résultats, DREES, octobre 2002, N°195
- Étude prospective gérontologique sur la ville de Lorient – Diagnostic et recommandations*, Mairie de Lorient, 2001.
- P.HEBEL et N.FAUCONNIER, *Comment l'évolution des prix explique-t-elle le sentiment de perte de pouvoir d'achat des consommateurs*, Etude réalisée pour la FCD, CRÉDOC 2004.
- J.MAUGUIN, *Les dépenses d'aide sociale des départements en 2003*, Etudes et Résultats, DREES, décembre 2004, N°365.
- M.PERBEN, *L'Allocation personnalisée d'Autonomie au 30 juin 2005*, Etudes et Résultats, DREES, N°434, octobre 2005.
- Les personnes âgées*, ouvrage collectif, INSEE Références, Edition 2005.
- Projection des besoins en établissement pour les personnes âgées dépendantes*, Premier volet : estimation du nombre de places en 2010, 2015 et 2025, rapport de la mission conduite par S. LE BOULER, commissariat général du plan, juillet 2005.
- Viellir à Paris : quels choix de vie à l'horizon 2010?*, cahiers de Chaligny, Mairie de Paris, 1999.

ANNEXES

Figure 31 : Nombre et part des personnes âgées par département

Département	Nombre d'hbts		Part des	
	de 60 ans et plus	de 75 ans et plus	60 ans et plus	Part des 75 ans et plus
95 - VAL-D'OISE	156673	49955	14,2%	4,5%
93 - SEINE-SAINT-DENIS	208256	65126	15,1%	4,7%
91 - ESSONNE	175835	54408	15,5%	4,8%
77 - SEINE-ET-MARNE	173906	59093	14,6%	5,0%
78 - YVELINES	212620	67606	15,7%	5,0%
60 - OISE	127154	42327	16,6%	5,5%
57 - MOSELLE	203570	61133	19,9%	6,0%
74 - HAUTE-SAVOIE	111315	37890	17,6%	6,0%
59 - NORD	461236	153547	18,1%	6,0%
67 - BAS-RHIN	192167	63121	18,7%	6,2%
94 - VAL-DE-MARNE	215764	75696	17,6%	6,2%
68 - HAUT-RHIN	138616	44145	19,6%	6,2%
38 - ISERE	203152	69195	18,6%	6,3%
25 - DOUBS	97072	32620	19,4%	6,5%
27 - EURE	103225	35624	19,1%	6,6%
69 - RHONE	298517	104752	18,9%	6,6%
92 - HAUTS-DE-SEINE	260104	95564	18,2%	6,7%
90 - TERRITOIRE DE BELFORT	27119	9223	19,7%	6,7%
01 - AIN	97434	34704	18,9%	6,7%
62 - PAS-DE-CALAIS	287656	97219	20,0%	6,7%
51 - MARNE	107032	38179	18,9%	6,8%
54 - MEURTHE-ET-MOSELLE	145399	48576	20,4%	6,8%
76 - SEINE-MARITIME	244081	86680	19,7%	7,0%
44 - LOIRE-ATLANTIQUE	225609	79387	19,9%	7,0%
35 - ILLE-ET-VILAINE	173046	61085	19,9%	7,0%
08 - ARDENNES	61973	20623	21,4%	7,1%
31 - HAUTE-GARONNE	201168	74539	19,2%	7,1%
14 - CALVADOS	131931	46670	20,4%	7,2%
02 - AISNE	112949	39009	21,1%	7,3%
80 - SOMME	114500	40768	20,6%	7,3%
73 - SAVOIE	77995	27578	20,9%	7,4%
28 - EURE-ET-LOIR	84202	31044	20,7%	7,6%
45 - LOIRET	129466	47596	20,9%	7,7%
49 - MAINE-ET-LOIRE	151441	56510	20,7%	7,7%
21 - COTE-D'OR	104678	39086	20,6%	7,7%
13 - BOUCHES-DU-RHONE	391770	143497	21,3%	7,8%
75 - PARIS	417091	168544	19,6%	7,9%
84 - VAUCLUSE	111486	40222	22,3%	8,0%

Département	Nombre d'hbts		Part des	
	de 60 ans et plus	de 75 ans et plus	60 ans et plus	Part des 75 ans et plus
63 - PUY-DE-DOME	136342	48813	22,6%	8,1%
33 - GIRONDE	274770	104470	21,3%	8,1%
55 - MEUSE	44761	15772	23,3%	8,2%
26 - DROME	98446	35932	22,5%	8,2%
70 - HAUTE-SAONE	52718	18997	22,9%	8,3%
88 - VOSGES	88412	31520	23,2%	8,3%
10 - AUBE	65030	24176	22,3%	8,3%
56 - MORBIHAN	158586	54888	24,6%	8,5%
37 - INDRE-ET-LOIRE	123726	47420	22,3%	8,6%
72 - SARTHE	122379	45654	23,1%	8,6%
42 - LOIRE	171179	62801	23,5%	8,6%
52 - HAUTE-MARNE	46341	16806	23,8%	8,6%
53 - MAYENNE	66521	24690	23,3%	8,7%
34 - HERAULT	206816	77629	23,1%	8,7%
30 - GARD	147986	54355	23,8%	8,7%
50 - MANCHE	119694	42330	24,8%	8,8%
85 - VENDEE	135196	48110	25,0%	8,9%
2A - CORSE-DU-SUD	29610	10638	25,0%	9,0%
39 - JURA	60022	22532	23,9%	9,0%
29 - FINISTERE	210185	76954	24,6%	9,0%
61 - ORNE	73152	26409	25,0%	9,0%
2B - HAUTE-CORSE	35146	12851	24,8%	9,1%
86 - VIENNE	93713	36322	23,5%	9,1%
05 - HAUTES-ALPES	29137	11081	24,0%	9,1%
79 - DEUX-SEVRES	87587	33102	25,4%	9,6%
43 - HAUTE-LOIRE	54622	20192	26,1%	9,7%
04 - ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	36872	13505	26,4%	9,7%
89 - YONNE	84414	32414	25,3%	9,7%
64 - PYRENEES-ATLANTIQUES	154780	58384	25,8%	9,7%
07 - ARDECHE	73597	27887	25,7%	9,7%
18 - CHER	81839	30777	26,0%	9,8%
83 - VAR	239006	88017	26,6%	9,8%
71 - SAONE-ET-LOIRE	142732	53605	26,2%	9,8%
16 - CHARENTE	88893	34079	26,2%	10,0%
22 - COTES-D'ARMOR	149935	54690	27,6%	10,1%
40 - LANDES	89784	33011	27,4%	10,1%
41 - LOIR-ET-CHER	82652	31751	26,2%	10,1%
82 - TARN-ET-GARONNE	54357	21061	26,4%	10,2%
17 - CHARENTE-MARITIME	153965	58130	27,6%	10,4%
87 - HAUTE-VIENNE	95185	37682	26,9%	10,6%
65 - HAUTES-PYRENEES	62575	23773	28,1%	10,7%
81 - TARN	96778	37142	28,2%	10,8%
47 - LOT-ET-GARONNE	86106	33257	28,2%	10,9%
48 - LOZERE	20148	8017	27,4%	10,9%
15 - CANTAL	43895	16662	29,1%	11,1%
66 - PYRENEES-ORIENTALES	113587	43427	28,9%	11,1%
11 - AUDE	88457	34576	28,5%	11,2%
58 - NIEVRE	66131	25187	29,4%	11,2%

Département	Nombre d'hbts		Part des	
	de 60 ans et plus	de 75 ans et plus	60 ans et plus	Part des 75 ans et plus
03 - ALLIER	99815	38857	29,0%	11,3%
36 - INDRE	67616	26343	29,3%	11,4%
06 - ALPES-MARITIMES	279513	116010	27,6%	11,5%
24 - DORDOGNE	118649	46023	30,5%	11,8%
09 - ARIEGE	40735	16298	29,7%	11,9%
46 - LOT	49773	19113	31,1%	11,9%
32 - GERS	53033	20639	30,7%	12,0%
12 - AVEYRON	80164	31613	30,4%	12,0%
19 - CORREZE	71086	28490	30,6%	12,3%
23 - CREUSE	42770	17506	34,4%	14,1%

Source : INSEE, RP 99

Figure 32
Revenu moyen par département

Dpt	Dpt	Nombre de foyers fiscaux	Revenu fiscal de référence des foyers fiscaux	Revenu moyen
01	AIN	285 323	4 986 723 134	17 477
02	AISNE	288 781	4 063 025 803	14 070
03	ALLIER	202 856	2 808 325 279	13 844
04	ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	85 182	1 229 208 940	14 430
05	HAUTES-ALPES	74 552	1 102 065 469	14 783
06	ALPES-MARITIMES	653 339	11 175 513 829	17 105
07	ARDECHE	168 032	2 369 236 939	14 100
08	ARDENNES	155 804	2 124 543 784	13 636
09	ARIEGE	83 202	1 099 298 100	13 212
10	AUBE	164 105	2 470 202 538	15 053
11	AUDE	186 631	2 466 539 094	13 216
12	AVEYRON	153 525	2 186 510 465	14 242
13	BOUCHES-DU-RHONE	1 069 242	16 597 127 003	15 522
14	CALVADOS	359 851	5 577 017 702	15 498
15	CANTAL	87 192	1 130 720 916	12 968
16	CHARENTE	195 530	2 755 442 578	14 092
17	CHARENTE-MARITIME	335 233	4 976 313 377	14 844
18	CHER	178 324	2 643 536 331	14 824
19	CORREZE	137 546	1 968 541 940	14 312
2A	CORSE-DU-SUD	75 436	1 067 424 126	14 150
2B	HAUTE-CORSE	81 507	1 060 639 882	13 013
21	COTE D'OR	278 780	4 660 468 671	16 717
22	COTES D'ARMOR	314 058	4 688 378 047	14 928
23	CREUSE	73 906	906 740 484	12 269
24	DORDOGNE	230 757	3 128 654 087	13 558
25	DOUBS	274 658	4 355 788 293	15 859
26	DROME	252 879	3 808 701 017	15 061
27	EURE	297 827	4 813 654 313	16 163
28	EURE-ET-LOIR	222 505	3 672 783 741	16 507
29	FINISTERE	482 200	7 387 595 760	15 321
30	GARD	369 936	5 336 318 704	14 425
31	HAUTE-GARONNE	623 568	10 627 620 839	17 043
32	GERS	103 204	1 398 952 871	13 555
33	GIRONDE	760 068	12 224 349 362	16 083
34	HERAULT	552 486	8 172 684 659	14 793
35	ILLE-ET-VILAINE	482 600	7 900 376 725	16 370
36	INDRE	135 310	1 868 931 195	13 812
37	INDRE-ET-LOIRE	309 098	4 947 246 701	16 005
38	ISERE	608 408	10 351 275 043	17 014
39	JURA	140 034	2 103 972 712	15 025
40	LANDES	201 410	3 005 316 577	14 921

Dpt	Dpt	Nombre de foyers fiscaux	Revenu fiscal de référence des foyers fiscaux	Revenu moyen
41	LOIR-ET-CHER	179 087	2 806 023 761	15 668
42	LOIRE	400 744	5 996 983 152	14 965
43	HAUTE-LOIRE	120 018	1 644 094 453	13 699
44	LOIRE-ATLANTIQUE	645 288	10 617 143 899	16 453
45	LOIRET	347 143	5 832 502 494	16 801
46	LOT	95 576	1 343 694 883	14 059
47	LOT-ET-GARONNE	179 914	2 474 993 372	13 757
48	LOZERE	42 679	560 842 419	13 141
49	MAINE-ET-LOIRE	393 774	5 937 444 272	15 078
50	MANCHE	265 350	3 805 371 441	14 341
51	MARNE	302 351	5 055 218 583	16 720
52	HAUTE-MARNE	106 640	1 475 691 339	13 838
53	MAYENNE	155 921	2 309 323 865	14 811
54	MEURTHE-ET-MOSELLE	385 771	5 991 935 408	15 532
55	MEUSE	105 226	1 475 582 939	14 023
56	MORBIHAN	375 396	5 763 857 972	15 354
57	MOSELLE	552 555	8 504 189 644	15 391
58	NIEVRE	130 165	1 808 716 709	13 896
59	NORD	1 339 994	19 698 365 710	14 700
60	OISE	411 682	6 966 587 465	16 922
61	ORNE	160 620	2 243 935 535	13 970
62	PAS-DE-CALAIS	761 951	10 305 160 652	13 525
63	PUY-DE-DOME	349 817	5 385 682 089	15 396
64	PYRENEES-ATLANTIQUES	356 076	5 565 332 721	15 630
65	HAUTES-PYRENEES	133 256	1 836 474 227	13 782
66	PYRENEES-ORIENTALES	245 569	3 374 243 497	13 741
67	BAS-RHIN	568 684	9 887 724 309	17 387
68	HAUT-RHIN	393 015	6 910 564 593	17 583
69	RHONE	891 759	15 990 981 371	17 932
70	HAUTE-SAONE	128 365	1 816 017 890	14 147
71	SAONE-ET-LOIRE	303 569	4 466 154 375	14 712
72	SARTHE	294 272	4 488 965 579	15 254
73	SAVOIE	220 752	3 661 086 304	16 585
74	HAUTE-SAVOIE	368 955	7 133 432 856	19 334
75	PARIS	1 425 385	36 985 564 546	25 948
76	SEINE-MARITIME	671 919	10 335 487 609	15 382
77	SEINE-ET-MARNE	648 519	12 087 891 235	18 639
78	YVELINES	712 334	17 604 795 134	24 714
79	DEUX-SEVRES	194 255	2 822 442 693	14 530
80	SOMME	304 328	4 443 849 614	14 602
81	TARN	200 504	2 832 024 593	14 125
82	TARN-ET-GARONNE	123 114	1 661 586 442	13 496
83	VAR	567 468	9 066 131 624	15 976

Dpt	Dpt	Nombre de foyers fiscaux	Revenu fiscal de référence des foyers fiscaux	Revenu moyen
84	VAUCLUSE	293 198	4 276 617 401	14 586
85	VENDEE	317 436	4 800 788 698	15 124
86	VIENNE	222 105	3 316 211 724	14 931
87	HAUTE-VIENNE	204 339	3 044 582 787	14 900
88	VOSGES	212 307	3 030 466 937	14 274
89	YONNE	190 367	2 865 243 877	15 051
90	TERRITOIRE DE BELFORT	75 596	1 191 207 880	15 758
91	ESSONNE	618 418	12 514 985 159	20 237
92	HAUTS-DE-SEINE	863 465	21 584 280 861	24 997
93	SEINE-SAINT-DENIS	794 283	11 257 693 819	14 173
94	VAL-DE-MARNE	719 563	13 780 057 654	19 151
95	VAL-D'OISE	589 708	10 824 336 857	18 355
97	MARTINIQUE	212 306	2 340 140 069	11 022
97	GUADELOUPE	213 953	2 207 852 074	10 319
97	GUYANE	77 770	812 950 935	10 453
97	LA REUNION	372 409	4 124 619 291	11 076

Description du département A	
LE DISPOSITIF APA	
Les évaluations APA	Réalisées par du personnel Conseil Général exclusivement
Nombre de bénéficiaires	
Nombre de demandes par an	
Personnel affecté	30 personnes dont 15 à l'accueil et à l'information des personnes
Montant du plan d'aides moyen	
% plans d'aide plafonnés	
Contenu du plan d'aide	En 2005, tout GIR confondu, 51% des bénéficiaires de l'APA ont recours dans leur plan d'aides au prestataire, 25% au mandataire et 34% à l'emploi direct. Le total est supérieur à 100%, certaines personnes âgées ont en effet recours à plusieurs modes en même temps. Ce qui est intéressant de noter est qu'en nombre d'heures, l'emploi direct est l'offre la plus fréquente : 46% des heures, puis le mandataire (29%) et le prestataire (25%). Cette répartition est un reflet du coût de ces différents modes : les personnes les plus dépendantes se tournent vers le mandataire ou l'emploi direct lorsque le volume d'heures est important, ce qui est paradoxal car du fait de leur degré de dépendance, elles devraient avoir un service de qualité garanti ce qui n'est pas le cas avec le mandataire et l'emploi direct. De plus le recours au gré à gré ou au mandataire signifie généralement l'absence d'un professionnel référent, connaissant l'ensemble des intervenants au domicile de la PA. Cette absence diminue fortement la réactivité de l'entourage, médical et para médical lorsque la situation de la PA se dégrade.
Budget du Conseil Général	15 millions en charges nettes
Dotations de l'Etat	
LES SERVICES D'AIDE A DOMICILE AGREES QUALITE	
Nombre	Une multitude : 85 services correspondant à 69 opérateurs. 44 proposent du prestataire, 16 du prestataire et du mandataire et 25 du mandataire
Répartition sur le territoire	La partie la plus rurale pâtit d'un manque d'offre de services (que ce soit les places de SSIAD ou les aides à domicile). Le Conseil Général tente d'orienter les nouvelles structures s'implantant sur le département dans ce secteur géographique.
Implication des communes	Très forte : 44 communes sur 47 sont impliquées, un tiers des heures, 50% des ETP prestataires
Nombre d'aides à domicile	3 000
<i>Dont qualifiées</i>	14%
Nombre d'heures d'aide-ménagère	3,2 millions d'heures dont 1,9 millions en prestataire
Nombre de bénéficiaires	9 100
Situation offre/demande	
Exemple d'association communale	Financée par une commune, seule à intervenir sur la commune 24 aides à domicile 30 000 heures Prise en charge de personnes de plus en plus dépendantes : hausse des bénéficiaires de 3% mais du volume d'heures de 10%. Part des GIR 1 et 2 croissante. 155-158 bénéficiaires par mois. 61% sont bénéficiaires de l'APA Avec l'APA, la part des financements CNAV a fondu au profit de l'APA. Mais le nombre d'heures accordées aussi : avec la CNAV, on pouvait aller jusqu'à 90 heures jusqu'en 1999 puis 29 heures. A présent, c'est 20 heures. Et la CNAV ne complète pas en volume sur les GIR 1 à 4.
Coût tarifé par le Conseil Général	15,42 euros

LES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS	
Nombre	21
Nombre de places offertes	1 175
Taux d'équipement	Sous-équipement en SSIAD : 13,09 contre 15,6 en moyenne nationale Sous-équipement en nombre d'infirmières libérales pour 1000 hbts de 75 ans et + : 8 contre 13 en moyenne nationale. Ce sous équipement dure malgré la volonté des responsables et s'explique essentiellement par le manque « de vocations » .
Public	70% sont en GIR 1 à 3 83 ans en moyenne
Dotation de l'Etat	1 175 000
LA TELEALARME	
Une convention spécifique	Convention entre communes et conseil général permettant des tarifs d'accès préférentiels à un service de téléalarme dans le cadre d'un marché public. Le conseil général prend en charge une partie du coût de l'installation et d'abonnement. Le coût final pour l'abonné est de 9,20 euros qui peut être subventionné encore par la mairie. Dans les villes n'ayant pas signé la convention, ce coût est près du double (15-17 euros). Dans le cadre du plan de prévention de la canicule, le Conseil Général a proposé trois mois d'abonnement gratuit pendant l'été 2004 aux bénéficiaires de l'APA : 350 personnes en ont bénéficié.
Implication des pouvoirs publics	Très forte : 45 villes sur 47 ont signé une convention avec le conseil général
Nombre d'abonnés	4000
Coût	202 000 euros
LE FONDS DE MODERNISATION DE L'AIDE A DOMICILE	
Objet	mise en place à titre expérimental pour trois ans des services de garde de nuit qui permettent de prolonger l'aide à domicile sous forme d'un ou deux passages de nuit, lorsque c'est nécessaire.
Coût	Pour les trois ans, l'Etat a assuré le financement de cette expérimentation pour un coût de 734 000 euros
LES CLIC	
Nombre	4 fonctionnent : 2 sont de niveau 3 et 2 de niveau 2 4 sont prévus
Coût	Financés exclusivement par le Conseil général
L'IMPLICATION DES COMMUNES	
Actions développées	Soit le CCAS de la commune comprend un service d'aide à domicile éventuellement complété par une ou plusieurs associations (pour les astreintes de soirées et de week-end), soit la commune subventionne une association offrant ces services. L'externalisation de ce service autorise une souplesse d'horaire et de rémunération en tenant compte des diplômes détenus. Les services vont de l'aide à domicile au portage de repas en passant par le cofinancement de la téléassistance ou l'organisation de manifestations destinées aux anciens.
Coût	Dépend de la taille de la commune, de l'importance du service mis en place.
BILAN	
Coût pour le Conseil Général	millions pour l'APA 202 000 euros pour la téléalarme
Coût pour l'Etat	1 175 000 pour les services de soins

Source : CRÉDOC

Département B	
LE DISPOSITIF APA	
Les évaluations APA	3 évaluateurs : 1) La MSA pour ceux qui relèvent du régime agricole. 2) Pour les non agricoles habitant dans la préfecture de région : CCAS de la commune. 3) Pour les non agricoles n'habitant pas la préfecture de région : Conseil Général
Nombre de bénéficiaires	Fin juin 2005, près de 4000 plans d'aide
Nombre de demandes par an	En 2004, 5 500 décisions : 2 200 nouvelles demandes, 2 300 renouvellements et 1 000 révisions. Le nombre de nouvelles demandes est toujours en hausse (7%) mais la hausse se ralentit (10% en 2003).
Personnel affecté	38 ETP dont : <ul style="list-style-type: none"> • 15 personnel administratif (gestion des demandes) • 5 secrétaires administratives (gestion des plans au niveau local) • 14 assistantes sociales • 2 infirmiers • 2 médecins (statuent en commission) <p>La MSA met à disposition 4 assistantes sociales, le CCAS 3.</p>
Contrôles d'effectivité	L'enveloppe versée chaque mois n'est pas toujours intégralement dépensée. La Loi prévoit la possibilité pour le Conseil Général de demander l'envoi de tous les justificatifs entrant dans le plan d'aides : facture des services, déclaration trimestrielle URSSAF, relevé des chèques emploi-service, etc. Dans le département, les contrôles d'effectivité permettent de récupérer 10 à 12% des montants versés. Ces contrôles ont néanmoins un coût en personnel (grosse charge de travail).
Montant du plan d'aides moyen	456 € tout GIR confondu variant de 331 € pour les GIR 4 à 906 € pour les GIR 1. En moyenne, la participation de la personne âgée est de 18%. Peu de variations selon le GIR
% plans d'aide plafonnés	20% des plans d'aide plafonnés. La part de plans d'aide plafonnés est d'autant plus élevée que la dépendance est importante (38% pour les GIR 1).
Contenu du plan d'aide	Le Conseil Général incite les personnes âgées à employer leur aide à domicile en mode prestataire en raison de la qualité qui est plus facilement garantie et contrôlée que dans le cadre du gré-à-gré notamment, il tolère néanmoins le financement du mode mandataire et du gré-à-gré dans les plans d'aide pour ne pas pénaliser la personne âgée (tarif du prestataire plus élevé). En 2005, tout GIR confondu, 69% des heures d'aide à domicile financées dans le plan d'aides relèvent du prestataire, 8% du mandataire et 23% de l'emploi direct. En 2002, cette part n'était que de 55%. L'incitation au prestataire a donc porté ses fruits. Mais, avec des limites puisque la part du prestataire diminue avec le GIR : 84% pour les GIR 4 et 38% pour les GIR 1 pour lesquels le gré à gré représente 56% des heures financées dans le plan d'aides.
Budget du Conseil Général	17 millions en charges nettes
Dotations de l'Etat	30% soit 5,1 millions d'euros

L'ACTION EXTRALEGALE ou FACULTATIVE DU CONSEIL GENERAL																																																								
ACTP plus de 60 ans	Le département garantit l'ACTP aux personnes de 60 ans et plus qui n'y ont plus droit en raison de leur âge. Ce complément d'aide représente un coût de 950 000 euros en 2004 pour 135 bénéficiaires.																																																							
Complément services ménagers	140 000 euros																																																							
Un guichet unique Habitat																																																								
Idée	Proposer à tout habitant, quel que soit son régime et sa caisse de retraite une même aide pour l'adaptation de l'habitat. Intervient sur le champ de la prévention de la dépendance Centralise les financements de l'aide à l'amélioration de l'habitat																																																							
Un dispositif multipartenarial	CRAM, MSA, Organic, CICAS, Conseil Général																																																							
Fonctionnement	Le Conseil Général : <ul style="list-style-type: none"> centralise les demandes, demande au CICAT (ergothérapeutes) une évaluation pour l'établissement d'un cahier des charges précis fait le bilan des droits de la personne vis-à-vis de l'ANAH, APA, des caisses de retraite, MSA et coordonne les financements possibles transmets à un organisme le CDH-Pact qui établit des devis avec les artisans ou recherche d'autres financements si la personne n'a aucun droit Le Conseil Général finance pour pallier aux différences de barème dans les caisses de retraite ou lorsque le montant des travaux est supérieur au plafond CNAV (5 580 €).																																																							
Implication du Conseil général	En 2005 : Frais de dossier pour CDH PACT : 30 000 euros Travaux : 75 000 euros Aides techniques : 20 000 euros CICAT : 110 000 euros																																																							
Implication des caisses de retraite	Très forte avec l'ANAH La participation est assez faible en général pour la personne âgée pour des travaux, mais importante pour les aides techniques																																																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2003/2004</th> <th>Travaux</th> <th>Aides techniques</th> <th>Frais de dossier</th> <th>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ANAH</td> <td>369 923</td> <td></td> <td></td> <td>369 923</td> </tr> <tr> <td>APA</td> <td>58 936</td> <td>545</td> <td></td> <td>59 481</td> </tr> <tr> <td>CRAM</td> <td>219 376</td> <td>1 154</td> <td>2 448</td> <td>222 978</td> </tr> <tr> <td>CPAM</td> <td></td> <td>10 460</td> <td></td> <td>10 460</td> </tr> <tr> <td>MSA</td> <td>48 034</td> <td>1 304</td> <td>930</td> <td>50 268</td> </tr> <tr> <td>Organic</td> <td>11 057</td> <td>104</td> <td>198</td> <td>11 359</td> </tr> <tr> <td>caisse complen</td> <td>33 532</td> <td></td> <td></td> <td>33 532</td> </tr> <tr> <td>CG</td> <td>31 353</td> <td>7 565</td> <td>35 036</td> <td>73 954</td> </tr> <tr> <td>Personne âgée</td> <td>32 693</td> <td>26 359</td> <td></td> <td>59 052</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>804 904</td> <td>47 491</td> <td>38 612</td> <td>891 007</td> </tr> </tbody> </table>	2003/2004	Travaux	Aides techniques	Frais de dossier	TOTAL	ANAH	369 923			369 923	APA	58 936	545		59 481	CRAM	219 376	1 154	2 448	222 978	CPAM		10 460		10 460	MSA	48 034	1 304	930	50 268	Organic	11 057	104	198	11 359	caisse complen	33 532			33 532	CG	31 353	7 565	35 036	73 954	Personne âgée	32 693	26 359		59 052	TOTAL	804 904	47 491	38 612	891 007
2003/2004	Travaux	Aides techniques	Frais de dossier	TOTAL																																																				
ANAH	369 923			369 923																																																				
APA	58 936	545		59 481																																																				
CRAM	219 376	1 154	2 448	222 978																																																				
CPAM		10 460		10 460																																																				
MSA	48 034	1 304	930	50 268																																																				
Organic	11 057	104	198	11 359																																																				
caisse complen	33 532			33 532																																																				
CG	31 353	7 565	35 036	73 954																																																				
Personne âgée	32 693	26 359		59 052																																																				
TOTAL	804 904	47 491	38 612	891 007																																																				
public	375 dossiers en 2004, 1 045 depuis sa mise en place en 2001 1/3 de GIR 1 à 4																																																							

LES SERVICES D'AIDE A DOMICILE AGREES QUALITE	
Nombre	3 grosses associations : <ul style="list-style-type: none"> • un adhérent à l'UNA, • l'ADMR • et la mutualité française Une dizaine de micro-structures récentes
Répartition sur le territoire	Siège centralisé sur la préfecture, Rayonnement départemental
Implication des communes	Aucune
Nombre de salariés	Au 31/12/2004 470 salariés dont 403 sous les deux statuts.
<i>Dont qualifiés</i>	Les trois grandes associations d'aide à domicile ont réalisé de nombreux efforts dans ce domaine, avec des résultats parfois contrastés. Dans une des trois grosses associations, la part de titulaires de DEAVS est ainsi passée d'environ 15% en 2002 à 53%, cette part a progressé également dans les deux autres mais atteint un niveau plus faible : moins de 10%. Le problème de la professionnalisation est le coût de revient pour le service peut être supérieur au coût tarifé : le service est alors déficitaire, il n'est viable que parce que par la mutualisation des comptes de l'association (bénéfices issus d'une autre activité)
Nombre d'heures d'aide-ménagère	1 700 000 heures 70% de prestataires
Nombre de bénéficiaires	Environ 6 000
Situation offre/demande	L'offre des 3 grosses associations est insuffisante si on se réfère au délai que doit attendre une personne âgée pour que sa demande soit prise en charge : un mois dans une des associations
Adhérent UNA	1 service d'aide à domicile ayant effectué 500 000 heures dont 300 000 prestataires, employant environ 450 personnes, intervenant auprès de 2 700 personnes environ (dont 2 100 en prestataire) 53% des aides à domicile sont diplômées Délai pour que la demande soit prise en compte : 1 mois
L'ADMR	33 associations locales qui ont effectué 378 000 heures auprès de 2 500 personnes environ L'APA a pris en charge 69% de ces heures, la CRAM 15% et les autres caisses 15% (1% aide sociale)
Mutualité Française	Couvre tout le territoire via des antennes gérontologiques. Dans chaque antenne, Ssiad et aide à domicile <i>Aide à domicile</i> 626 personnes suivies 850 aides à domicile dont 26% diplômées Intervient essentiellement auprès de Gir 1 à 4 (97%) 820 000 heures d'aide à domicile dont 650 000 en prestataire <i>SSIAD</i> 123 ETP 5,4 millions d'euros Dotation non suffisante car ne prend pas l'évolution réelle des salaires de la Mutualité (convention collective) et l'activité réelle des infirmières libérales est souvent plus élevé que prévu. Budget : 11,3 millions dont 9,3 millions de rémunération
De nouvelles micro-structures	N'ont pas toutes l'agrément qualité Demandes essentiellement de personnes dépendantes Beaucoup de personnes ayant de faibles revenus
Coût tarifé par le Conseil Général	16,68 euros

LES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS	
Nombre	4 gestionnaires de SSIAD dont l'ADMR, l'adhérent à l'UNA et la Mutualité française
Nombre de places offertes	750 financées, 844 autorisées
Rapport offre/demande	Beaucoup de demandes refusées par manque de places.
Dotations de l'Etat	8,7 millions d'euros en 2005
LA TELEALARME	
Opérateurs	Enseignes nationales et une association locale
Implication des pouvoirs publics	Certaines mairies sont adhérentes à ABRI
Mutadom Téléassistance	668 abonnés 2 ouvriers pour l'installation et commercialisation, sous-traite la centrale d'écoute. Tarif pour la personne âgée : 30 euros et 51 euros pour l'installation Budget : 313 000 euros dont 165 000 versés pour la centrale d'écoute
Présence Verte	216 abonnés Coût : 62 654 euros
Filien	350 abonnés Tarif : 33 euros + installation (23 €)
LE FONDS DE MODERNISATION DE L'AIDE A DOMICILE	
Objet	Avec le fonds de modernisation de l'aide à domicile, la télégestion a été mise en place dans deux des trois grosses associations. Ce système est composé d'un boîtier dont dispose l'aide à domicile et d'une carte à puce chez la personne âgée. L'aide à domicile passe la carte dans le boîtier à son arrivée et à son départ du domicile de chez la personne âgée ce qui lui évite les feuilles de présence qui existaient jusqu'alors devant être remplies en fin de mois pour débloquer le paiement des heures.
LES CLIC	
Nombre	
CLIC Mutualité	40 000 euros de la CRAM et 40 000 euros du FMAD
Les CAISSES de RETRAITE	
Aides à l'amélioration de l'habitat	Cf Guichet unique Coût : 267 800 euros
LA MSA : un rôle spécifique	
Participe à l'évaluation des plans d'aide APA en mettant à disposition 4 personnes	En 2002, le nombre de dossiers prévu était de 400. Fin 2005, il est de 800. Paiement du Conseil Général au nombre de dossiers d'évaluation : 200 euros/dossier Coût facturé au CG premier semestre 2005 : 70 000 € Coût réel estimé au premier semestre 2005 : 108 000 €
APH 21	Coût : 50 000 euros
Présence Verte	216 abonnés Coût : 62 654 euros
<i>Un rôle plus marqué sur les non dépendants</i>	<i>535 foyers bénéficiaires de l'aide à domicile aux personnes âgées en mandataire pour les GIR 5 et 6</i> <i>Coût : 382 118 euros</i>
L'IMPLICATION DES COMMUNES	
Actions développées	Service de tutelle : 2/3 de personnes de 75 ans et plus souvent séniles et spoliées avec l'euro pour un coût global de 90 500 Repas : 250 000 € Entretien du linge : 134 000 € Accueil de jour personnes démentes : 262 000 € Accueil de jour personnes dépendantes : 137 000 € Service social gérontologique : 450 500 €
Coût net pour le CCAS (dépenses-recettes)	1,3 million d'euros

BILAN	
Coût pour le Conseil Général	11,9 millions pour l'APA 950 000 pour l'ACTP pour les 60 ans et plus 140 000 au titre de l'aide ménagère départementale 74 000 euros pour le guichet unique
Coût pour l'Etat	5,1 millions pour l'APA 8,7 millions pour les services de soins 350 000 euros au titre de l'ANAH
Coût pour les communes, exemple de la préfecture de département	1,3 millions d'euros en dépenses nettes (dépenses-recettes)
Coût pour les caisses de retraite	Aide à l'amélioration de l'habitat : 317 000 euros avec la MSA
Département C	
LE DISPOSITIF APA	
Les évaluations APA	Réalisées par du personnel Conseil Général exclusivement
Nombre de bénéficiaires	
Nombre de demandes par an	
Personnel affecté	
Montant du plan d'aides moyen	
% plans d'aide plafonnés	
Contenu du plan d'aide	
Budget du Conseil Général	
Dotation de l'Etat	
LES SERVICES D'AIDE A DOMICILE AGREES QUALITE	
Nombre	39 associations dont 28 assurent le mandataire et le prestataire. Forte dynamique de regroupement au sein d'une structure fédérative l'UDASAD qui représente 27 associations.
Répartition sur le territoire	bonne
Implication des communes	2 CCAS et un SIVOM dans l'UDASAD
Nombre d'aides à domicile	1000 fin 2001
<i>Dont qualifiées</i>	16% ont le CAFAD avec de fortes variations entre association
Nombre d'heures d'aide-ménagère	810 000 heures en 2002
Nombre de bénéficiaires	4 400 en 2001
Situation offre/demande	
Coût tarifé par le Conseil Général	17,15 euros
LES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS	
Nombre	19
Nombre de places offertes	561 autorisées
Taux d'équipement	Globalement satisfaisant
LA TELEALARME	
Opérateurs	Les enseignes nationales
Implication des pouvoirs publics	Rien de repéré
LE FONDS DE MODERNISATION DE L'AIDE A DOMICILE	
BILAN	
Coût pour le Conseil Général	millions pour l'APA 202 000 euros pour la téléalarme
Coût pour l'Etat	1 175 000 pour les services de soins

