



HAL
open science

Étude qualitative de la mise en oeuvre de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD). Première partie, enquête PSD domicile

Blanche Le Bihan, Patricia Loncle, François Bigot, Pierre-Henri Bréchat, Thomas Frinault, Alain Jourdain, Claude Martin, Thierry Rivard, François-Xavier Schweyer

► To cite this version:

Blanche Le Bihan, Patricia Loncle, François Bigot, Pierre-Henri Bréchat, Thomas Frinault, et al.. Étude qualitative de la mise en oeuvre de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD). Première partie, enquête PSD domicile. [Rapport de recherche] Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. 2000, 47 p. <halshs-01230148>

HAL Id: halshs-01230148

<https://shs.hal.science/halshs-01230148v1>

Submitted on 23 Nov 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

**Étude qualitative de la mise en œuvre
de la Prestation Spécifique Dépendance
(PSD)
Première partie :
Enquête PSD « domicile »**

**Auteurs :
Blanche Le Bihan, Patricia Loncle,
François Bigot, Pierre-Henri Bréchat, Thomas Frinault,
Alain Jourdain, Claude Martin, Thierry Rivard
& François-Xavier Schweyer.**

**Pour la
Direction de la recherche
des études, de l'évaluation et des statistiques
(DREES)
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité**

Mars 2000

L'équipe de recherche

L'équipe de recherche est composée de 6 binômes 1 pour chaque site, coordonnés par le LAPSS. La responsabilité scientifique est assurée par Claude Martin, chercheur CNRS au Centre de recherches administratives et politiques (CRAP CNRS/IEP de Rennes et Université de Rennes 1) et directeur scientifique du LAPSS. La coordination est assurée par Blanche Le Bihan, chercheur en science politique. Assistante : Régine Maffeïs.

Patricia Loncle, docteur en science politique, chercheur au LAPSS/ENSP ;
Grégory Ruck, médecin inspecteur de santé publique (MISP), chercheur associé au LAPSS .
Blanche Le Bihan, doctorante en science politique, CRAP-IEP Rennes ;
Claude Martin, CNRS CRAP et LAPSS/ENSP.
François-Xavier Schweyer, docteur en sociologie, chercheur au LAPSS/ENSP ;
Pierre-Henri Bréchat, MISP, chercheur associé au LAPSS .
François Bigot, docteur en sociologie, directeur du LERFAS, Tours ;
Thierry Rivard, chercheur au LERFAS.
Alain Jourdain, docteur en démographie, chercheur au LAPSS/ENSP ;
Blanche Le Bihan, doctorante en sciences-politiques, CRAP.
Martine Bellanger, docteur en économie, chercheur au LAPSS/ENSP ;
Thomas Frinault, doctorant en science politique CRAP et LAPSS/ENSP .

Table des matières

INTRODUCTION.....	4
<i>Rappel de l'objet de l'étude</i>	<i>4</i>
<i>La démarche d'enquête.....</i>	<i>5</i>
<i>Plan de la synthèse.....</i>	<i>6</i>
PREMIERE PARTIE : ANALYSE QUANTITATIVE ET DONNEES DE CADRAGE.....	7
<i>Constat général.....</i>	<i>7</i>
<i>L'effet du GIR.....</i>	<i>8</i>
<i>L'évolution chronologique.....</i>	<i>9</i>
<i>Les systèmes d'information réalisés par les départements:</i>	<i>9</i>
DEUXIEME PARTIE : GENESE DU DISPOSITIF PSD ET DEFINITION DES MODALITES DU PARTENARIAT INSTITUTIONNEL.....	11
<i>L'avant 1997 ou les fondements du dispositif PSD.....</i>	<i>11</i>
<i>Analyse comparée des conventions.....</i>	<i>17</i>
TROISIEME PARTIE : LE DISPOSITIF PSD ET SA MISE EN ŒUVRE.....	19
<i>Information</i>	<i>20</i>
<i>Constitution du dossier (1).....</i>	<i>21</i>
<i>Constitution du dossier (2) : Les pièces justificatives des revenus</i>	<i>22</i>
<i>Instruction administrative</i>	<i>25</i>
<i>L'évaluation : les équipes médico-sociales :</i>	<i>26</i>
<i>L'évaluation : outil, visite, procédure.....</i>	<i>27</i>
<i>L'offre de services.....</i>	<i>31</i>
<i>Processus de décision</i>	<i>32</i>
<i>La mise en œuvre du plan d'aide</i>	<i>34</i>
<i>Conclusion : essai de typologie.....</i>	<i>35</i>
QUATRIEME PARTIE : BILAN, EVALUATION PAR LES ACTEURS DES DIFFICULTES, CONTROVERSES ET PROPOSITIONS DE REFORME	37
<i>Les apports de la loi PSD.....</i>	<i>37</i>
<i>Fin de l'ACTP pour les personnes âgées :</i>	<i>37</i>
<i>Partenariat et coordination : des niveaux multiples.....</i>	<i>37</i>
<i>L'harmonisation des critères d'attribution et le plan d'aide</i>	<i>38</i>
<i>L'outil AGGIR comme moyen d'harmonisation</i>	<i>38</i>
<i>Enjeux, risques et controverses.....</i>	<i>39</i>
<i>Fragilité des acquis ou les atouts de la phase initiale : le risque de routinisation</i>	<i>39</i>
<i>La formation et la qualité des intervenants : le risque de déqualification.....</i>	<i>39</i>
<i>Difficultés et critiques</i>	<i>39</i>
<i>Les critiques du dispositif tel que prévu par la loi PSD.....</i>	<i>40</i>
<i>Les critiques concernant les difficultés de mise en œuvre du dispositif.....</i>	<i>41</i>
<i>Les critiques concernant des dimensions liées aux interventions à domicile</i>	<i>42</i>

INTRODUCTION

Rappel de l'objet de l'étude

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

Un des aspects cruciaux qui mérite maintenant d'être étudié concerne les pratiques institutionnelles et leur variation sur le territoire. L'objet de l'étude est de procéder à une enquête qualitative fine auprès des acteurs du dispositif institutionnel dans six départements choisis pour leur hétérogénéité.

L'objectif de cette recherche est de décrire la manière dont le dispositif PSD a été reçu et mis en œuvre par les acteurs institutionnels concernés, dans les Directions des affaires sociales des Conseils généraux et leurs partenaires territoriaux, mais aussi, d'analyser les écarts et de comprendre les effets des choix institutionnels et des pratiques mises en œuvre.

L'étude comporte 2 phases.

Phase 1 :

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

L'information sur le dispositif est recueillie à l'occasion d'entretiens semi-directifs menés par l'équipe de recherche sur chaque site. Des dossiers permettant de réaliser une monographie locale seront constitués à partir des informations recueillies sur le site (dossiers d'information, documentations administratives, comptes rendus de réunions, etc.).

Phase 2 :

Dans un second temps, sera étudiée la mise en œuvre de la PSD en établissements. Seront sélectionnés de manière raisonnée, avec le soutien de la DREES et à l'aide des conseils et avis

des interlocuteurs de la première phase, quatre établissements sur lesquels un recueil systématique d'informations sera effectué (constitution de monographies détaillées).

Les sites :

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

Avec ces critères, ont été retenus les départements suivants :

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

L'équipe :

L'équipe de recherche est composée de 6 binômes, coordonnés par le LAPSS.

La démarche d'enquête

Chaque binôme de chercheurs a programmé la visite des 6 sites. Chaque équipe a procédé à des entretiens semi-directifs auprès des principaux acteurs du dispositif institutionnel de la PSD à partir d'une grille unique d'entretien (en annexe), adaptée en fonction de nos interlocuteurs.

Sur chaque site, nous avons retenu un correspondant principal (généralement au Conseil général, ou à la CRAM) avec lequel nous avons identifié les interlocuteurs pertinents et organisé la visite du site. Chaque entretien a été enregistré et retranscrit tout en préservant l'anonymat des personnes rencontrées.

Sur l'ensemble des sites, 100 entretiens semi-directifs (1h00-2h30) ont été réalisés.

Plan de la synthèse

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

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

PREMIERE PARTIE : ANALYSE QUANTITATIVE ET DONNEES DE CADRAGE

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

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

Constat général

	Potentiel fiscal en 1998	Part des 75 ans et plus dans la population (en %) en 1998	Nb de bénéficiaires de la PSD pour 1000 hab. de 75 ans et plus (au 31.12.99)	Département expérimental ou non
A	1269	6,1	32,6	Oui
B	1038	10,3	38,7	Oui
C	1259	5,1	n.d	Non
D	1195	7,7	24,7	Non
E	2082	4,1	16,8	Non
F	1706	5,4	16,5	Non

Source DREES

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

Nous retrouvons donc naturellement ces caractéristiques dans les données présentées.

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

Tableau réalisé à partir des données recueillies au cours des entretiens dans les 6 départements

Trois régions ont un taux plus élevé de PSD, cette différence semble due principalement au nombre de PSD en établissement (rapport de 1 à 3), mais aussi au nombre à domicile (1 à 2). Le taux de rejet est plus élevé dans les départements qui ont la plus faible proportion de PSD par habitant (sauf B) : lien de cause à effet ?

Les différences de pratique vis-à-vis des personnes en établissement peuvent expliquer en partie les différences constatées. L'effet PED vient en atténuation alors que l'attribution en Gir 4 vient augmenter les effectifs.

Le potentiel fiscal est la seconde variable explicative du nombre de PSD. Les régions qui ont le taux de PSD le plus faible sont aussi celles qui ont la plus faible proportion de bénéficiaires du Fonds National de Solidarité, mais aussi celles qui ont le potentiel fiscal le plus fort par habitant (F et E). Cela confirme la réputation d'une prestation destinée aux personnes dépendantes pauvres. A noter que le C a un faible potentiel fiscal et relativement peu de bénéficiaires FNS, probablement à cause d'un taux de salariat plus élevé que dans les régions rurales.

Les causes de rejet sont essentiellement liées au Gir, le revenu venant très loin après parmi les causes de rejet. Cela n'est pas conforme à l'hypothèse que le revenu des personnes âgées est le principal déterminant du nombre de PSD. On peut expliquer cette contradiction par le fait que les usagers et les professionnels ne constitueront un dossier que si le seuil de revenu n'est pas dépassé ; en revanche, ils ne peuvent anticiper sur la valeur du Gir, surtout quand les personnes sont approximativement dans la catégorie Gir 3 et 4.

Une comparaison avec les séries départementales portant sur le montant moyen du patrimoine permettrait de vérifier l'hypothèse que le reversement sur succession est un déterminant réel des demandes.

L'effet du GIR

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

L'évolution chronologique

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

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

Source : Drees

Le nombre total de personnes âgées aidées a diminué de 15 % dans les 6 départements entre 1996 et 1998, avec de fortes variations selon les départements.

Les systèmes d'information réalisés par les départements :

Chaque département a réalisé un système d'information concernant la PSD. Cela dit, les rapports qui ont été rédigés et distribués aux partenaires du Conseil général sont quantitativement très différents : ainsi, celui du E (sept. 99) comporte 16 pages, celui du A, 8 pages (déc. 99), 3 pages dans le C (nov. 99), 1 page dans le D (déc. 99), 4 pages dans le F (nov. 99).

Il est impossible de comparer les données récapitulatives fournies par la Drees avec les documents statistiques fournis par les services des départements, ces derniers ne s'intéressent qu'au nombre de dossiers traités au cours d'une période (trimestre) ou au nombre total cumulé depuis le début de cette prestation, très rarement au « stock » (sauf en A). D'autre part, les dates de référence ne sont pas les mêmes : bilan Drees au troisième trimestre 99, états statistiques départementaux cumulés fin 99.

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

Le département E fait un bilan à deux ans présenté au comité de coordination gérontologique en septembre 99. On y trouve une présentation du dispositif, une évolution des demandes (nombre de dossiers complets, activité du service administratif, décisions favorables),

répartition par Gir et lieu de résidence, répartition par sexe et âge, recours, activité des équipes médico-sociales. Il s'agit donc avant tout d'un rapport d'activité.

Le département A présente des données d'activité : nombre de demandes, dossiers décisionnés, décisions favorables. Puis, les bénéficiaires en fin d'année sont décrits, y compris le montant moyen des PSD versées à domicile et en établissement, les bénéficiaires de la PED et de l'Actp. L'introduction du Gir 4 dans les critères d'éligibilité a accru les taux d'acceptation de façon très significative (73 à 83 %). Il sera intéressant de voir l'effet de relèvement du seuil de récupération prévu dès 2000, où il passera à 500.000 francs. Le département A a mis au point un tableau de bord qui permet un suivi mensuel du nombre de demandes et les décisions présentées selon le domicile et l'établissement.

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

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

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

DEUXIEME PARTIE : GENESE DU DISPOSITIF PSD ET DEFINITION DES MODALITES DU PARTENARIAT INSTITUTIONNEL

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

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

L'avant 1997 ou les fondements du dispositif PSD

Les six départements étudiés présentent des configurations différentes qu'il est possible de classer selon un continuum allant d'un système d'action déjà constitué et structuré à une mise en place *ex nihilo*. Si l'on retient les quatre dimensions de la genèse du dispositif, à savoir l'existence d'une politique départementale de la vieillesse, la PED, l'existence de partenariats et la politique du Conseil général, il est possible de construire un tableau synthétique.

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

On peut reprendre en détail chacune des dimensions de la genèse du dispositif dans une perspective comparatiste.

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

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

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

Dans le département B, le Conseil général met l'accent sur la continuité de la politique départementale en direction des personnes âgées. Cette appréciation est partagée par l'ensemble des acteurs. Le caractère "partenarial" de cette politique s'exprime dans la "Charte de Coordination gérontologique" adoptée en 1994, et signée au départ par le Conseil général, la CRAM, la MSA, les familles rurales, l'association de services pour le maintien à domicile, le Comité départemental de l'amélioration de l'habitat.

Dans le département F, chacune des institutions partenaires de la PSD avait engagé des actions dans le domaine de la dépendance bien avant la loi de 1997. Assez tardivement,

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

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

Dans le département D, où il n'y avait pas de service social déterminé pour une prise en charge des personnes âgées, mais un service complètement administratif avec définition du taux en COTOREP. La priorité départementale était la mise en place du RMI. Le Conseil général avait conscience que l'ACTP était destinée essentiellement aux personnes âgées et qu'elle n'était pas utilisée à rémunérer une tierce personne, mais le plus souvent utilisée comme un complément de ressources. Cependant, aucun contrôle ne fut mis en place pour vérifier une quelconque utilisation. Si une réorganisation des " agences " départementales a été entamée en 1994, la MSA se substituait au département dans la prise en charge des personnes âgées en milieu rural et inversement pour la jeunesse. En milieu urbain, chaque institution retrouvaient ses ressortissants.

Un effet 5^e risque ?

Le débat et les prises de position sur le 5^e risque ne semblent pas avoir eu beaucoup d'effet sur la mise en place de la PSD. Deux départements ont pris position en faveur du 5^e risque, mais après la mise en place de la PSD, en sorte qu'il n'y eut aucun effet tangible sur le dispositif. Dans le département E, " l'effet 5^e risque " ne s'est fait sentir qu'en 1998, quand l'assemblée départementale a voté une motion en faveur de la couverture de la dépendance par l'assurance sociale. A cette époque, le dispositif PSD était déjà bouclé, ce vote n'a donc pas eu d'effet sur la genèse du dispositif. De même dans le département D, la prise de position politique en faveur du 5^e risque n'a eu, semble-t-il, aucune incidence. Le président du Conseil général a pris position en tant que sénateur contre la PSD, mais au moment de ce vote il n'occupait pas encore la fonction de Président du Conseil général.

En revanche, dans le département F, la controverse qui a précédé l'adoption de la loi, entre les partisans du cinquième risque, autour de l'assurance maladie, et les Conseils généraux preneurs de la gestion d'une nouvelle prestation, a, semble-t-il, pesé sur le début des

discussions. L'accord partagé sur la nécessité de réformer l'ACTP (devenue une forme d'aide sociale), n'a pas empêché la controverse, qui n'a pas, aujourd'hui, entièrement disparu des esprits. Côté département, on estime que les partenaires ont été réticents, voire hostiles, à la mise en place d'une prestation pour laquelle ils n'étaient pas favorables.

La mise en place de la PSD discutée dès avant le vote de la loi

Dans cinq départements sur six, la mise en place de la PSD a été discutée avant le vote de la loi. Les débats qui ont précédé la loi ont été largement diffusés et commentés dans les départements en sorte que les travaux préparatoires à la mise en œuvre de la prestation spécifique dépendance ont commencé tôt. Les départements ont été plus ou moins engagés selon deux facteurs. La participation à la PED a été un facteur d'anticipation ; de même, l'implication d'élus dans les discussions au plan national a été un facteur favorable à l'anticipation de la loi.

L'effet PED

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

L'expérimentation de la prestation dépendance a eu des effets en termes d'apprentissage et de partenariat dans cinq départements sur six. L'effet a été direct dans les deux départements expérimentateurs : l'expérience accumulée a permis d'asseoir la PSD sur des réseaux constitués et de définir les modalités de mise en œuvre à partir de schémas expérimentés. La PED a eu un effet entièrement positif dans le département B car la PSD s'est inscrite en continuité. En A, l'effet a été positif mais aussi déceptif dans la mesure où la PSD constituait un recul par rapport au dispositif local PED.

La PED a eu aussi des effets indirects dans les départements qui se sont instruits des expériences conduites ailleurs. L'effet a été indirect et positif quand il y a eu transfert d'expérience par analyse ou via une CRAM ayant participé à une expérimentation dans un autre département de la région. L'effet indirect peut être aussi discriminant quand l'expérience accumulée par une CRAM n'est pas reconnue par le département : l'acquis est stigmatisé sous couvert " d'autosatisfaction ".

Existait-il des partenariats ?

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

Trois départements avaient des réseaux de partenariat constitués et rodés. Les deux départements expérimentateurs ont bénéficié de l'investissement "partenarial" de la PED, largement présentés dans les monographies. Ainsi, le département B a pu être opérationnel très vite, dès la promulgation de la loi. En A, chaque partenaire était demandeur pour poursuivre la collaboration dont les acquis avaient bénéficiés à tous. Toutefois, l'aspect restrictif de la PSD par rapport à la PED a mis la CRAM en porte-à-faux et l'a contrainte à un retrait momentané du dispositif. Dans le département F, le Conseil général a voulu casser le monopole d'une association qui, pour des raisons historiques et politiques, avait le monopole en accord avec la CRAM, à la condition d'assurer une couverture exhaustive du département. Une nouvelle association a été créée, qui entend participer à la PSD. Avant la loi, la mairie de la municipalité centrale avait mis en place des "maisons des aînés" dans certains quartiers de la ville et ce dispositif a permis, au sein du CCAS au service des personnes âgées, de travailler en lien avec le service d'aide sociale dès avant 1997. Le plan gérontologique de 1992, les mesures prises en 1995 pour l'accueil des personnes âgées en établissement, ont instauré un partenariat entre les caisses et les hôpitaux depuis longtemps.

Dans les autres départements, il ne semble pas qu'un partenariat structuré en faveur de la prise en charge des personnes âgées dépendantes ait pu être mobilisé. Il a fallu au contraire le constituer soit directement, soit par délégation. Dans le département E, les associations d'aide à domicile ont joué un rôle mineur ; quant aux CCAS, ils ont demandé à poursuivre leur travail d'instruction des dossiers contre rémunération. Le département a tenu à contrôler totalement le dispositif en maîtrisant seul la coordination des actions. Dans le D, le département avait un lien avec la MSA en matière gérontologique, mais sur le mode informel. En raison de cette absence de coopération stabilisée préalable, le partenariat autour de la PSD a nécessité des efforts de la part de chacune des institutions concernées. Pour la MSA en effet, le vote de la PSD constitue une remise en cause de son leadership en matière d'action gérontologique. Les associations sont restées malgré elles en dehors du dispositif. Dans le C, il n'existait pas de partenariat sur les questions de dépendance.

La politique du Conseil général

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

Les six départements se sont investis dans le dispositif PSD mais en développant plus ou moins leur politique de dépendance et sans en faire partout une politique phare du Conseil général

Les départements A et B sont dans la continuité du volontarisme qui a présidé à leur implication dans la PED. Pour le F, la PSD est une opportunité pour investir un domaine que le département délaissait au profit des Caisses. La volonté est de créer un service d'action sociale rénové avec des moyens d'intervention réels. Le Conseil général n'a pas hésité à imposer une conception médicalisée à ses partenaires, au prix de quelques tensions.

Le département C a choisi de s'appuyer sur l'expérience acquise de la CRAM, à l'occasion de la PED dans l'un des départements voisins, au détriment de la MSA pourtant volontaire mais laissée de côté, au moins dans un premier temps. Le département E a défini sa politique de façon unilatérale après avoir étudié le potentiel offert par les Caisses. Un service départemental a été créé en insistant sur la formation à la grille AGGIR et dans une perspective de développement d'une politique gériatrique départementale. Enfin, dans le D, sans que cela ne constitue une priorité, le Conseil général s'est engagé dans une action volontariste pour respecter les préconisations de la loi.

D'une manière générale, tous les départements se positionnent comme maître d'œuvre et pilote du dispositif. Les styles varient selon deux facteurs : d'une part, la volonté ou non d'imposer une politique propre au Conseil général et, d'autre part, le degré de partenariat dans l'élaboration du dispositif.

Analyse comparée des conventions

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

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

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

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

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

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

Un tableau récapitulatif présente quelques aspects des conventions :

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

TROISIEME PARTIE : LE DISPOSITIF PSD ET SA MISE EN ŒUVRE

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

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

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

L'information

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

La mise en œuvre du dispositif PSD a nécessité une vaste campagne d'information dans les six départements, auprès des professionnels du secteur social et sanitaire et des CCAS, d'une part, des usagers, d'autre part. Dans 5 départements sur 6 (le C excepté), c'est l'information auprès des professionnels et des CCAS qui fait l'objet d'une organisation systématique. Elle prend plusieurs formes : des plaquettes d'information, des réunions, des rencontres afin d'exposer de façon très précise le dispositif PSD.

L'information auprès des usagers peut prendre plusieurs formes :

- L'information donnée par les professionnels qui deviennent des relais du dispositif.
- Les dépliants et plaquettes mis à disposition du public dans les Conseils généraux, CCAS, CRAM, associations d'aide à domicile.
- L'organisation de rencontres avec la population (les réunions cantonales dans le F)

Les difficultés rencontrées sont de quatre ordres :

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

Constitution du dossier (1)

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

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

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

	allocation spéciale vieillesse, rente accident du travail, pension d'invalidité, -revenus du capital mobilier et immobilier, -salaire ou bénéfice déclaré, -biens immobiliers, -biens ayant fait l'objet d'une donation, partage ou vente dans les 10ans précédant la demande, -Livrets et comptes, capital placé, -Avis d'imposition.
--	--

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

Le rôle des CCAS

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

- Le CCAS acteur principal de la constitution du dossier : en A et C, le CCAS est le lieu de retrait, de dépôt et d'aide à la constitution du dossier. Dans les deux départements, il s'agit de faire du CCAS l'acteur principal de la phase de constitution du dossier et de l'impliquer réellement en tant qu'acteur du dispositif PSD en lui déléguant totalement cette phase de constitution du dossier.
- Le CCAS et le Conseil général comme acteurs de la constitution du dossier : dans le E et le F, le CCAS est le lieu de dépôt et de retrait, mais l'aide à la constitution du dossier est apportée par les CCAS mais aussi les Conseils généraux, voire les associations d'aide à domicile (E).
- Le Conseil général comme acteur principal de cette phase de constitution du dossier : dans le B et le D. Dans le B, le CCAS est le lieu de retrait du dossier, qui est ensuite pris en charge par le Conseil général et retourné au Conseil général. Dans le D, il y a eu une volonté du Conseil général de ne pas impliquer davantage le CCAS dans le dispositif. Le guichet d'entrée est double (CCAS et CG) et l'aide à la constitution du dossier ne se fait qu'au CG.

La principale difficulté dégagée dans 5 départements est que les CCAS ne sont pas partenaires de la Convention (à l'exception donc du A). Ils ne sont sollicités que dans un deuxième temps, ce qui pose problème pour les CCAS d'une part, qui estiment ne pas être reconnus comme acteur du dispositif, et pour le Conseil général d'autre part, puisqu'il faut expliquer la procédure parfois complexe aux CCAS. C'est ce « malentendu initial » qui explique les problèmes rencontrés dans cette phase de constitution du dossier.

Le dossier

Le dossier unique aide ménagère / PSD existe dans 3 départements sur 6. Il est en cours de négociation dans le E.

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

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

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

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

Instruction administrative

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

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

Dans 4 départements sur 6, la procédure d'évaluation est lancée une fois le dossier déclaré complet et marque le début du délai de deux mois prévu dans la loi. Dans le F, la procédure d'évaluation est faite en parallèle. Dans le C, une certaine souplesse permet au CG de commencer l'évaluation avant la fin de l'instruction administrative.

L'évaluation : les équipes médico-sociales :

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

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

	Outil	Visite	Procédure
Dpt A	<ul style="list-style-type: none"> - Fiche de liaison. - Grille d'évaluation des besoins avec volet environnement et volet AGGIR - Certificat médical du médecin. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 visite assistante sociale et 1 visite médecin. - Durée 1h30 environ. - En présence d'un membre de la famille ou d'un intervenant du secteur socio-sanitaire si souhaité. - Concertation des intervenants auprès de la personne âgée est fonction de l'évaluateur 	<ul style="list-style-type: none"> - Partenariat institutionnel et professionnel fort. - Au terme des deux évaluations distinctes, une concertation a lieu en vue de la formulation d'un plan d'aide unique. <i>Procédure d'évaluation plutôt formalisée.</i>
Dpt B	Dossier « enquête médico-sociale » : fiche de renseignements administratifs, fiche d'évaluation de la dépendance (commune à l'ensemble des partenaires CRAM, MSA, ORGANIC, Conseil général, associations d'aide à domicile) et incluant la grille AGGIR.	<ul style="list-style-type: none"> - 1 visite par une assistante sociale. - Durée 1h00-1h30. - Présence de la famille souhaitée. - Contacts et concertation avec les différents intervenants auprès de la personne âgée au cœur de la démarche. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation par le Conseil général : L'assistante sociale évalue les besoins à domicile. - Le médecin intervient sur la composante médicale du Gir. Il examine le document rédigé par le médecin traitant du demandeur. S'il observe une discordance entre le document du médecin et le dossier, il entre en contact avec le médecin traitant et peut éventuellement accompagner l'assistante sociale à domicile. <i>Procédure d'évaluation souple, au cas par cas.</i>
Dpt C	Dossier sur ordinateur portable : grille AGGIR et fiche d'évaluation. Certificat médical	<ul style="list-style-type: none"> - 1 visite par travailleur social. - Durée : 1h00-1h30 - En présence d'un membre de la famille 	<ul style="list-style-type: none"> - La présence d'un membre de la famille est jugée indispensable. <i>Procédure d'évaluation souple</i> - Le partenariat institutionnel repose sur la confiance.
Dpt D	Grille AGGIR. Certificat médical du médecin traitant.	<ul style="list-style-type: none"> - 1 visite par assistante sociale ou infirmière. - durée : 1h00-1h30 - Présence de la famille souhaitée. - Concertation des associations existe, même si insuffisante. - Concertation fonction de l'évaluateur. 	<ul style="list-style-type: none"> - Au terme de la visite, les évaluateurs ont souvent une idée précise du plan d'aide. La grille AGGIR n'est pas formellement enrichie mais l'appréciation faite sur les lieux par l'évaluateur est prise en compte. <i>Procédure d'évaluation plutôt souple..</i>
Dpt E	<ul style="list-style-type: none"> - Grille AGGIR. - Fiche de coordination gérontologique. - Fiche de synthèse. - Certificat médical. 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 visites par assistante sociale sont souvent nécessaires - durée : 1h00-1h30 - membre de la famille peut être présent - concertation avec les intervenants auprès de la personne âgée fonction des liens entre l'évaluateur et les associations. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les assistante sociale du Conseil général procèdent à l'évaluation à domicile (Gir et définition des besoins). - S'il s'agissait initialement d'une demande d'aide ménagère, le Gir a été évalué par l'assistante sociale des Caisses. Il n'est jamais remis en question et est repris pour l'évaluation des besoins. - Le plan d'aide est élaboré à partir de l'évaluation du travailleur social et le certificat médical du médecin traitant (il est conçu comme essentiel puisqu'il constitue la principale évaluation médicale de la personne). <i>Procédure d'évaluation souple.</i>
Dpt F	<ul style="list-style-type: none"> - Grille AGGIR pour les médecins. - Les outils des assistante sociale différents selon 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 visite par assistante sociale - 1 visite par médecin. - durée : 1h00 environ. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les associations procèdent à une première évaluation du Gir, qui n'est pas prise en compte mais marque l'entrée dans le circuit. - La première visite est celle du médecin qui

institution. Le Conseil général a une grille pour l'aide à la personne qui s'inspire de la grille AGGIR, les autres reprennent la grille AGGIR avec des informations supplémentaires.		établit le Gir. La seconde est effectuée par l'assistante sociale qui ne connaît pas toujours le Gir avant sa visite, ce qui est perçu comme un problème. - Concertation pour élaborer le plan d'aide. <i>Procédure complexe</i>
---	--	--

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

Organisation et composition des EMS

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

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

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

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

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

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

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

La procédure d'évaluation

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

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

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

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

Sur le plan institutionnel, on retrouve dans la pratique de l'évaluation la distinction posée dans l'analyse de la composition des EMS. En effet, lorsque les travailleurs sociaux des Caisses sont présents dans l'EMS ils se rendent à domicile et procèdent à l'évaluation au même titre que les assistantes sociales des Conseils généraux (A, C, F, D). Le cas du département E doit être précisé : la MSA et la CRAM ne sont pas intégrées aux EMS, cependant en cas de demande par l'un de leur ressortissant, ce sont bien les assistantes sociales des Caisses qui se rendent au domicile de la personne âgée et procèdent à l'évaluation du Gir, qui n'est jamais remis en question par le Conseil général.

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

La visite et les outils

Dans les six départements, la visite à domicile dure environ 1h30. L'évaluation des besoins de la personne âgée est au cœur de la démarche des EMS qui effectuent parfois (dans le E) deux

visites pour parvenir avec le demandeur à l'élaboration du plan d'aide. La présence d'un membre de la famille est souhaitée pour définir au mieux ces besoins.

Les évaluateurs disposent d'une fiche d'évaluation intégrant d'une manière ou d'une autre la grille AGGIR.

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

L'offre de services

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

Dans quatre départements sur six, il y a 3 tarifs de remboursement. Dans un cas, deux tarifs seulement (D) et dans le dernier cas, un tarif unique (B). Dans tous les départements, la fixation des tarifs est l'objet d'une négociation entre le Conseil général et les associations d'aide à domicile. Mais les situations sont variées, et il est possible d'avancer quelques facteurs explicatifs de cette diversité.

- Dans le B, il semble que ce soit un problème financier qui empêche le Conseil général de mettre en place 3 tarifs, ce qui impliquerait une base de remboursement plus importante pour le mandataire et le gré à gré. Le B est ainsi le seul département où le Conseil général n'encourage pas les bénéficiaires à choisir un service prestataire ou mandataire.

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

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

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

- Ainsi, dans le département A, le tarif de 75 F est bien insuffisant pour payer le coût du service assuré par les CCAS et estimé à 110 F, mais couvre parfaitement les frais des services de l'ADMR en prestataire.
- Dans le D, le tarif de 65 F établi aux termes de négociations entre le Conseil général et les associations, ne permet pas finalement, selon ces dernières, de payer la formation des intervenants.

Processus de décision

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

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

- Dans 3 départements, une structure bien spécifique a été mise en place au moment de l'élaboration du dispositif : l'Equipe technique dépendance (ETD) en A, le Comité de décision en D, et la Commission consultative en E.
- Dans 2 départements, il s'agit de « l'EMS élargie », c'est-à-dire de l'EMS à laquelle s'ajoute :
 - des représentants des institutions partenaires dans le cas du B
 - des agents administratifs qui ne participent pas à l'évaluation dans le F.
- Dans le dernier département, le C, il n'y a pas d'instance d'attribution spécifique. L'objectif étant précisément de ne pas complexifier la procédure d'attribution.

Dans 5 départements sur 6, les membres de l'EMS qui ont procédé à l'évaluation à domicile sont présents pour exposer les dossiers. Seule l'ETD du A procède différemment puisque ce sont les cadres des Caisses, et le médecin coordonnateur du CG qui exposent les dossiers traités à domicile par leurs assistantes sociales et médecins.

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

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

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

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

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

La mise en œuvre du plan d'aide

Dans les 6 départements, le suivi est assuré par les travailleurs sociaux qui ont procédé à l'évaluation du dossier et connaît donc parfaitement le dossier. Dans 5 départements sur 6, le dispositif de base est celui prévu par la loi, à savoir une visite par an. En E, 2 visites sont prévues dès le départ.

Mais dans les 6 départements, c'est la pratique qui détermine les modalités du suivi, qui est donc adapté au cas par cas en fonction des besoins. L'intervention a plus particulièrement lieu dans les situations suivantes :

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

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

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

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

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

Conclusion : La coordination institutionnelle, essai de typologie

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

1. Si l'on se place du strict point de vue du dispositif PSD, on peut classer les départements en 3 catégories :

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

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

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

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

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

² La CNAV distingue trois schémas de coopération : le schéma 1 caractérisé par une forte coopération avec des évaluations communes sur tout ou partie du territoire ou suivant le régime de retraite du demandeur. Le schéma 2 est caractérisé par des évaluations réalisées séparément mais sur des bases méthodologiques communes, avec a

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

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

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

priori reconnaissance mutuelle des résultats. Le schéma 3 où la coopération procède d'une simple gestion du flux avec transmission des dossiers aux partenaires concernés.

QUATRIEME PARTIE : BILAN, EVALUATION PAR LES ACTEURS DES DIFFICULTES, CONTROVERSES ET PROPOSITIONS DE REFORME

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

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

Les apports de la loi PSD

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

Fin de l'ACTP pour les personnes âgées :

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

- le dispositif PSD permet de contrôler l'usage du financement, en effet l'utilisation, ou plutôt la non-utilisation de l'ACTP était devenue une conduite de plus en plus mal acceptée par les élus des Conseils généraux³. De ce point de vue, la PSD permet d'inscrire la réponse dans une logique de service et non plus de solvabilisation ;
- elle permet de séparer le problème du besoin d'aide des populations handicapées adultes de celui des personnes âgées dépendantes, réservant l'ACTP à des populations plus jeunes.

Partenariat et coordination : des niveaux multiples

Le premier niveau d'apport de la PSD en termes de partenariat a trait au **partenariat institutionnel** (CG / Caisses). C'est la plupart du temps une nouveauté bien ressentie. Des

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

écarts existent, bien entendu, entre les niveaux les plus élevés de partenariat, où les conventions ont été élaborées en commun avec l'ensemble des partenaires, et où la recherche d'une égalité de position entre les partenaires du dispositif fait l'objet d'une attention soutenue (le département A par exemple), et les niveaux de partenariat plus élémentaires (comme dans le département C) qui impliquent surtout le Conseil général et la CRAM, ou le cas du département E où le Conseil général a contrôlé l'ensemble du processus.

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

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

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

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

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

L'outil AGGIR comme moyen d'harmonisation :

Quelques-uns de nos interlocuteurs ont évoqué les apports liés à l'usage d'une grille commune d'évaluation de la dépendance. Ces vertus sont généralement complétées par toute une série de critiques sur l'outil lui-même. Mais il a tout de même, aux dires de nos interlocuteurs, l'avantage de permettre d'harmoniser les évaluations. Le mérite de l'outil est de constituer, pour la première fois en France, un langage commun. Il est donc, par

prolongement, un réducteur de différences en permettant une meilleure communication entre les différents acteurs du champ gérontologique. AGGIR est aussi, pour certains, un outil de connaissances, utilisé bien au-delà de la PSD (associations d'aide à domicile, SSIAD, maisons de retraite...)

Enjeux, risques et controverses

Fragilité des acquis ou les atouts de la phase initiale

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

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

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

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

Difficultés et critiques

Comme nous l'avons mentionné initialement, on peut repérer un certain nombre de critiques tout à fait unanimes sur le dispositif PSD. Il est difficile, cependant, d'apprécier jusqu'où elles représentent un point de focalisation important ou non de la part des partenaires. Pour certaines, elles relèvent d'un discours bien ancré, correspondant à ce que fut la période de

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

réception de la loi, avec les déceptions qu'elle a entraînées chez nombre de ces partenaires et ce, d'autant plus que l'on a affaire aux départements expérimentateurs.

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

Les critiques du dispositif tel que prévu par la loi PSD

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

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

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

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

Si l'outil AGGIR est parfois considéré comme un moyen d'harmonisation des pratiques d'évaluation, il est donc aussi abondamment critiqué pour ses limites par certains opérateurs administratifs et sociaux. « Cet outil doit surtout être adapté à certains cas (la désorientation psychique) », disent les uns. « Il ne prend pas suffisamment en compte les variables illustratives » ; « Cet outil exclut des populations qui ne sont pas autonomes, comme certains malvoyants » ; disent les autres. Or, AGGIR mesure le besoin d'aide. Il est à noter que si AGGIR est utilisé par tous, beaucoup ont retravaillé l'outil pour l'adapter aux situations concrètes. En effet, dans la pratique de l'évaluation elle-même, c'est bien la personne âgée et ses besoins qui constitue la principale préoccupation de l'évaluateur. Le classement en Gir 3 ou 4 qui dépend de peu de choses (une variable suffit à faire basculer la personne d'un groupe à l'autre) s'explique parfois dans des considérations plus générales sur les besoins et la

situation de la personne âgée ou sur son intérêt à se situer dans un groupe plutôt qu'un autre. La souplesse de la procédure que l'on trouve dans certains départements constitue alors une réponse aux problèmes de la grille AGGIR. D'autres départements (A), pour éviter ces difficultés, ont étendu la PSD au Gir 4 (lorsque le besoin est supérieur à 30 heures). Mais une harmonisation de l'utilisation de la grille AGGIR est souvent réclamée.

L'effet de seuil de revenu

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

L'effet dissuasif de la récupération sur succession

Sur tous les sites, il est fait mention à ce facteur dissuasif de la récupération sur succession. Dans les départements expérimentaux, les opérateurs ne manquent pas de souligner que cet aspect a joué fortement au moment de la réception de la loi lors des séances d'information. Le recul par rapport à la PED était alors très apparent.

Mais ces propos ne correspondent pas nécessairement à un problème repérable de façon concrète, et ce, pour deux raisons : d'une part, ces pratiques de récupération ne sont guère mobilisées pour l'instant et, d'autre part, elles constituent une procédure très classique pour les dispositifs d'aide sociale. En d'autres termes, ce n'est pas une nouveauté pour les services de l'aide sociale départementale que de procéder à ces récupérations.

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

5^e risque versus Aide sociale :

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

Les critiques concernant les difficultés de mise en œuvre du dispositif

Le refus de rémunérer une tierce personne

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

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

La complexité des dossiers

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

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

Le déficit d'informations des personnes les plus isolées

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

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

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

Les critiques concernant des dimensions liées aux interventions à domicile

Le statut et la qualification des intervenants

Les associations d'aide à domicile rencontrées ont régulièrement mentionné ce problème du statut des intervenants. C'est un point d'achoppement essentiel, de plusieurs points de vue : l'intérêt de l'usager et la qualité du service ; les conditions de travail des intervenants ; l'équilibre financier des associations ; le coût de l'intervention pour le financeur. Les associations sont, de ce point de vue, très critiques.

L'impression est chez les prestataires qu'à l'heure où l'on parle de professionnalisation, on fragilise encore plus l'intervention. Il semble que les départements aient partiellement réussi à imposer leur logique au niveau local puisque le mandataire a été accepté ou, en tout cas, n'est plus discuté. Le gré à gré est fortement dénoncé par les associations qui, au-delà du problème qualité, dénoncent sans surprise le fait qu'une personne âgée fragile est peu à même d'être employeur (« employeur à 80 ans »). Sans compter que, lors du décès, ce sont les héritiers qui doivent régler le problème de licenciement.

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

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

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

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

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

ANNEXE

Grille d'entretien

TRAJECTOIRE DE L'INTERLOCUTEUR

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

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

LA GENESE DU SYSTEME

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

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

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

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

CHRONOLOGIE DU DISPOSITIF PSD

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

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

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

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

- Quel est enfin le délai moyen de traitement du dossier (les 2 mois de l'arrêté sont-ils respectés ? Et à partir de quand interviennent-ils ?)

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

4. Réception et traitement du dossier

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

5. Formulation d'un plan d'aide

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

6. La décision d'attribution

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

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

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

7. L'attribution de la prestation

- Quelle durée entre la demande de prestation et le premier versement ?
- Le passage d'une aide destinée à l'ensemble des personnes dépendantes à une aide destinée aux personnes les plus dépendantes entraîne-t-il une réduction du nombre des bénéficiaires ?

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

8. La mise en œuvre du plan d'aide

- Quelles ressources en services ?

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

- Question de la formation des personnels. Qu'en est-il de la qualification des prestataires de service ? Quelles sont les associations qui interviennent ? Y a-t-il un dispositif de formation des intervenants non qualifiés ? (Il existe dans certains départements des stages de formation financés par les Fonds sociaux européens.)
- Question de la qualité du service : a-t-on défini dans le département une charte « qualité » détaillant le contenu précis du service acheté ? (temps de coordination, horaires garanties, cas du week-end ...)
- Le contrôle (mythe ou réalité ?)
- contrôle d'effectivité : Quelle stratégie et quelle méthode de contrôle ? Quels contrôleurs ?
- contrôle de suivi : Ajustement du contrat d'aide en fonction de l'évolution de la situation (= évaluation périodique) – Par qui et comment ?

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

« OPINION DE L'INTERLOCUTEUR »

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

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

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

- Et la question des disparités territoriales.

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

N. B :

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