

N° 227 • mars 2003

Pour apprécier les modes d'organisation mis en place dans les départements avec l'entrée en vigueur de l'Allocation spécifique dépendance (APA) au 1^{er} janvier 2002, la DREES a mené une enquête auprès des conseils généraux en juin 2002. L'information destinée au public et aux professionnels et le retrait des dossiers de demande d'APA, largement facilité au niveau local, ont rythmé les débuts de montée en charge du dispositif. L'évaluation du degré de perte d'autonomie de la personne âgée à domicile pour établir ensuite les plans d'aide a généralement été réalisée à partir d'une seule visite de l'équipe médico-sociale.

L'instruction des dossiers a requis globalement un renfort en personnel d'environ 2 200 emplois en équivalent temps plein, à la fois pour le traitement administratif et médico-social des demandes. Certains départements ont en outre sollicité des professionnels de santé du secteur libéral.

Les commissions d'attribution de l'APA ont été réunies dès le début de l'année 2002 dans les trois quarts des départements. 60 % des départements se déclaraient à la mi 2002 en mesure de respecter les délais d'instruction des dossiers pour le versement de l'allocation.

Au-delà des dépenses d'aide ménagère, l'APA a été l'occasion de diversifier la prise en charge des besoins des personnes âgées (portages de repas, services de téléalarme...).

40 % des départements ont de plus complété l'allocation par des aides extra-légales, notamment en établissement, avec des mesures de majoration ou d'extension de l'allocation pour la part restant théoriquement à la charge de la personne âgée.

Claire BAUDIER-LORIN

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

La mise en œuvre de l'Allocation personnalisée d'autonomie par les départements au premier semestre 2002

L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), instituée par la loi du 20 juillet 2001, a remplacé la Prestation spécifique dépendance (PSD) à compter du 1^{er} janvier 2002¹. Destinée à améliorer la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, qu'elles soient à leur domicile ou en établissement, elle couvre désormais un public plus large et devient notamment accessible aux personnes âgées évaluées en GIR 4² qui étaient auparavant essentiellement prises en charge par l'aide ménagère des caisses de retraite.

Bien que l'accès à l'APA ne soit pas soumis à condition de ressources, l'allocation versée tient compte à la fois du degré de perte d'autonomie et du niveau de ressources des intéressés. Il s'agit d'une prestation versée en nature et personnalisée, c'est-à-dire affectée au paiement de dépenses identifiées. Sont ainsi prises en compte, pour les personnes à

1. À la différence de la PSD, l'APA est accordée sans condition de ressources, aux personnes remplissant certaines conditions d'âge (avoir 60 ans ou plus), de résidence (attester d'une résidence stable et régulière en France) et de degré de perte d'autonomie (personnes classées dans les groupes iso-ressources de la grille AGGIR). Une période de recouvrement avec la PSD est prévue durant les deux premières années.

2. La grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources) classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie : du GIR 1 pour les personnes les plus dépendantes au GIR 6 pour les personnes n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.



domicile, des dépenses d'intervention à domicile ou des aides techniques figurant dans un plan d'aide individualisé réalisé par une équipe médico-sociale départementale. En établissement le montant de l'APA permet de couvrir le tarif dépendance à l'exception d'un ticket modérateur qui reste à la charge de l'intéressé.

Une enquête exhaustive menée par la DREES auprès des conseils généraux en juin 2002 permet d'apprécier quels ont été les choix d'organisation effectués par les départements pour mettre en œuvre l'APA et répondre ainsi à une forte attente des personnes concernées. 83 départements ont répondu à cette enquête (encadré 1).

L'enquête ne concerne, toutefois, que le premier semestre de montée en charge du dispositif qui a vu un afflux de demandes très important. Ceci conduit à penser que les dispositions retracées ici sont loin d'être complètement stabilisées. En effet, à la fin juin 2002, des recrutements de personnels étaient encore prévus par certains départements (encadré 2), le contrôle d'effectivité de l'aide et le règlement des litiges selon une procédure de recours amiable commençaient à se mettre en place, les conventions partenariales étaient en cours de négociation et les schémas de coordination gérontologique n'avaient pas encore été réactualisés.

La quasi-totalité des départements a mobilisé au moins deux moyens d'information du public et des professionnels

Au début de la mise en place du dispositif, les départements ont apporté une information directe aux personnes âgées à domicile ou en établissement d'une part par des initiatives ciblées, et d'autre part par des initiatives plus générales auprès du grand public, des professionnels (médecins généralistes, directeurs d'établissement pour personnes âgées, associations d'aide ménagère...), des centres communaux d'action sociale (CCAS) et enfin des élus et des personnels de mairies.

Cette information des professionnels et du public a été réalisée par l'organisation de réunions dans quasiment tous les départements (à l'exception de trois), par la diffusion de dépliants par 78 % d'entre eux et la publication d'articles dans la presse locale ou départementale par les deux tiers des conseils généraux (graphique 1). 90 % des départements ont utilisé

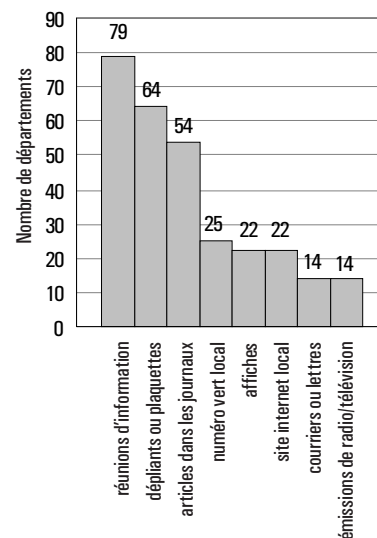
au moins deux supports d'information et 60 % au moins quatre.

Outil majeur de communication, les réunions d'information ont visé essentiellement les directeurs d'établissement pour personnes âgées et les responsables d'associations d'aide ménagère ou de soins à domicile. Leurs autres destinataires sont les élus ou les personnels des mairies et le grand public, ainsi que les personnes âgées en établissement et leurs familles et, de façon spécifique, les personnels des CCAS (tableau 1).

Les dépliants diffusés et les encarts ou articles publiés dans la presse s'adressaient en général au grand public mais aussi plus particulièrement aux directeurs d'établissement, aux associations, aux personnes âgées en établissement et à domicile, aux médecins généralistes, aux CCAS, aux élus. On peut penser, mais l'enquête ne permet pas de le dire, que certains départements ont utilisé le support de la presse spécialisée, réalisé des pla-

G
•01

nature des supports d'information utilisés pour l'APA (plusieurs supports possibles)



Champ : les 83 départements répondants.

Source : DREES, enquête mode d'organisation APA, juin 2002.

E•1

L'enquête auprès des départements sur la mise en place de l'APA au 1^{er} semestre 2002

Le questionnaire d'enquête lancé par la DREES retraçait les différentes phases de la procédure d'attribution de l'APA au cours du premier semestre 2002 :

- le retrait des dossiers de demande ;
- l'instruction médico-sociale qui permet d'évaluer le niveau de perte d'autonomie de la personne âgée à son domicile ou en établissement et l'élaboration des plans d'aide ;
- le passage en commission de l'APA et la décision d'attribution (montant d'APA et part restant à la charge de la personne âgée) ;
- le respect des délais prévus par la loi au cours des phases d'instruction et de décision ;
- le règlement des litiges selon une procédure de recours amiable suite à une décision du président du Conseil général de révision ou de suspension du montant de l'APA.

Le questionnaire portait également sur les initiatives et l'organisation mise en œuvre par les départements.

- Les campagnes d'information lancées auprès des professionnels et du public
- Le renfort en personnel recruté ou redéployé à partir d'autres services
- Les mécanismes conventionnels pour permettre la coordination des différents acteurs du dispositif sur deux aspects :

- la coopération entre les départements et les organismes de sécurité sociale ou des organismes sociaux ou médico-sociaux à qui le département confierait tout ou partie de la mise en œuvre de l'APA, concrétisée par la signature de conventions dont les clauses doivent respecter un cahier des charges fixé par arrêté ;
- la coordination de l'action gérontologique, dont la mission a été confiée aux départements, mise en œuvre dans le cadre de schémas départementaux arrêtés conjointement par le président du conseil général et le préfet.

La majeure partie des résultats de cette enquête a fait l'objet, à partir des données renseignées par 83 départements, d'une extrapolation sur la France entière.

Pour le nombre des recrutements ou redéploiements en équivalent temps plein France entière on applique aux départements non-répondants la moyenne calculée à partir des répondants.

Par contre, pour les questions qui autorisent une réponse multiple, on indique le nombre de fois où la rubrique est citée par les seuls départements répondants. Cela concerne par exemple les données recueillies sur les différents supports d'information utilisés (tableau 1), ou encore sur les organismes représentatifs des usagers siégeant dans la commission d'APA pour le règlement des litiges à l'amiable.

quettes différenciées ou bien effectué un envoi spécifique et personnalisé à ces publics (tableau 1).

Enfin d'autres moyens comme la mise en service d'un numéro vert, une campagne d'affichage ou l'information sur site internet, ont été utilisés de façon plus marginale (graphique 1).

Un retrait des dossiers de demande d'APA largement facilité au niveau local

Dans 93 % des départements, les personnes âgées peuvent se procurer un dossier de demande d'APA aussi bien dans les locaux du Conseil général que dans les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale ou les mairies. Par ailleurs, 95 % des départements adressent un dossier au demandeur sur simple appel téléphonique.

Un nombre important de départements a en outre étendu la possibilité d'obtenir un dossier de demande à d'autres lieux comme les établissements d'accueil des personnes âgées (pour 79 % d'entre eux), les centres locaux d'information et de coordination (pour 60 % des départements ayant répondu et possédant au moins un

CLIC). C'est également le cas des services d'aide à domicile agréés pour 49 % des départements, des caisses de retraite (pour 47,5 % d'entre eux), des hôpitaux disposant d'une maison de retraite annexée (pour 40 %) et moins fréquemment des organismes régis par le Code de la mutualité (8,5 % des départements).

Dans un département sur six le dossier à remplir, dont le modèle a été fixé par décret, reste néanmoins commun à celui constitué pour un ou plusieurs autres types de demande : aide ménagère ou allocation représentative de services ménagers (citée 11 fois), aide sociale à l'hébergement (citée 11 fois), aide ménagère auprès des caisses de sécurité sociale (citée 7 fois), aides du Conseil général (citées 2 fois), aide médicale (citée 1 fois), prestation versée par les caisses de retraite (citée 1 fois).

Une seule visite à domicile permet d'évaluer, dans la grande majorité des départements, le degré de perte d'autonomie de la personne âgée

L'instruction médico-sociale, première phase d'obtention de l'APA une fois le

dossier déclaré complet, est destinée à évaluer le niveau de perte d'autonomie de la personne âgée à domicile ou en établissement et d'élaborer les plans d'aide.

Un tiers des départements a déclaré disposer d'une équipe pluri-professionnelle dont la gestion est centralisée. Les autres départements disposent de 3 à 44 équipes médico-sociales (EMS)³, la moitié d'entre eux ayant constitué entre 3 et 10 équipes et les deux tiers de 3 à 20 équipes. Cette organisation dépend, pour une très large part, de celle du territoire. Celle-ci est notamment déterminée en fonction du périmètre d'activité de chaque équipe médico-sociale (citée 39 fois) ou bien des territoires de coordination de l'action gérontologique (citée 14 fois), des cantons (citée 14 fois), des circonscriptions d'action sociale ou médico-sociale (citée 8 fois), des pays (citée 5 fois), des arrondissements (citée 2 fois), des communes ou communautés de communes (citée 2 fois). Plus il y a de territoires définis, plus il y a d'équipes constituées.

82 % des départements effectuent une seule visite à domicile pour évaluer le degré de perte d'autonomie de la personne âgée.

Cette visite est réalisée dans 70 % des départements par un seul membre de l'équipe médico-sociale (EMS) et dure en moyenne 1 heure 25 (de 30 minutes à 2 heures 30). L'évaluation est faite indifféremment, dans près de 50 % des cas, par un médecin, une infirmière, un travailleur social ou parfois un contrôleur de l'aide sociale. L'autre moitié des départements concernés mentionne une personne bien définie : un travailleur social pour cinq départements sur huit, un professionnel de santé (médecin ou infirmière) pour un département sur quatre et un contrôleur de l'aide sociale pour un département sur huit.

Certains départements (un sur six environ) sollicitent en outre les professionnels de santé libéraux pour l'évaluation des GIR des personnes à domicile, ou envisageaient mi 2002 de le faire à brève échéance (encadré 3).

Dans 30 % des départements, un professionnel de santé appartenant à l'équipe médico-sociale et un travailleur

T 01 les supports d'information sur l'APA utilisés par les départements
(réunions d'information, plaquettes, articles de presse)

Public visé	Réunions d'information	Plaquettes ou dépliant	Articles dans la presse
Directeurs d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	73	45	19
Associations d'aide ménagère et de soins à domicile	67	47	20
Élus ou personnel de mairies	23	10	3
Grand public	23	54	51
Personnes âgées en établissement	20	38	23
Personnes âgées à domicile	10	37	28
Personnel de centre communal d'action sociale	17	14	3
Assistants et services sociaux	4	2	2
Médecins généralistes	15	33	16
Infirmières libérales	3	2	1
Kinésithérapeutes	1	2	1
Pharmaciens	-	2	-
Bénéficiaires de prestations du Conseil général ou des caisses	-	2	-
Associations de retraités ou de personnes âgées	5	-	-
Caisses de retraite	1	2	1
Hôpitaux	1	-	-
Plusieurs réponses possibles.			
Champ : les 83 départements ayant répondu à l'enquête.			
Source : DREES - Enquête modes d'organisation APA, juin 2002.			

3. L'équipe médico-sociale doit comprendre au moins un médecin et un travailleur social (art. L232-2 du Code de l'action sociale et des familles). Dans les faits, elle est composée de médecins, d'infirmiers et de travailleurs sociaux.

Les renforts en personnel pour la mise en œuvre de l'APA

L'enquête interrogeait les départements sur le personnel venu renforcer les équipes existantes pour faire face à la montée en charge rapide du dispositif et à l'afflux des dossiers de demande d'APA au cours du premier semestre 2002. Les réponses des départements permettent d'estimer à environ 2 200 emplois en équivalent temps plein (ETP) et pour la France entière, le nombre des recrutements ou redéploiements effectués à partir d'un autre service par les conseils généraux. Ces personnes relèvent à 93 % du Conseil général, à 4 % d'un organisme de sécurité sociale, à 2 % d'un service d'aide à domicile et 1 % d'un CCAS.

Ces résultats complètent ainsi les informations de l'enquête trimestrielle de la DREES auprès des conseils généraux qui interroge les départements sur l'ensemble du personnel mobilisé pour l'APA et non sur le simple renfort de personnel. Cette enquête estime à 3 100 le nombre de personnes en ETP qui travaillaient fin mars 2002 sur l'instruction administrative et médico-sociale des dossiers d'APA puis à 3 700 fin 2002, contre environ 1 300 pour la PSD fin 2001¹.

Les effectifs supplémentaires ont pu être mobilisés ponctuellement grâce au renfort d'agents d'autres services, ou par des recrutements à durée déterminée, avec le recours à des contrat de un à six mois, à des vacances ou à des emplois jeunes. De ce fait certains départements ont indiqué

prévoir de nouveaux recrutements ou des modifications de contrats au cours du second semestre essentiellement en remplacement des contrats arrivant à échéance. Par ailleurs, dans le cadre de partenariats en cours avec les caisses de sécurité sociale, les centres communaux d'action sociale (CCAS) ou les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), des mises à disposition de personnel par ces organismes sont, dans certains cas, également prévus.

Si en moyenne les recrutements ou redéploiements représentent 23 ETP par département, huit départements dépassent 50 ETP et totalisent 30 % des emplois nouveaux mobilisés pour l'APA. À l'inverse près d'un quart des départements ont recruté ou redéployé pour la mise en œuvre de l'APA 10 ETP ou moins et six moins de 5 (carte). Cet apport en effectifs supplémentaires est semble-t-il sans corrélation directe avec le nombre de dossiers déposés ou avec l'importance de la population âgée du département.

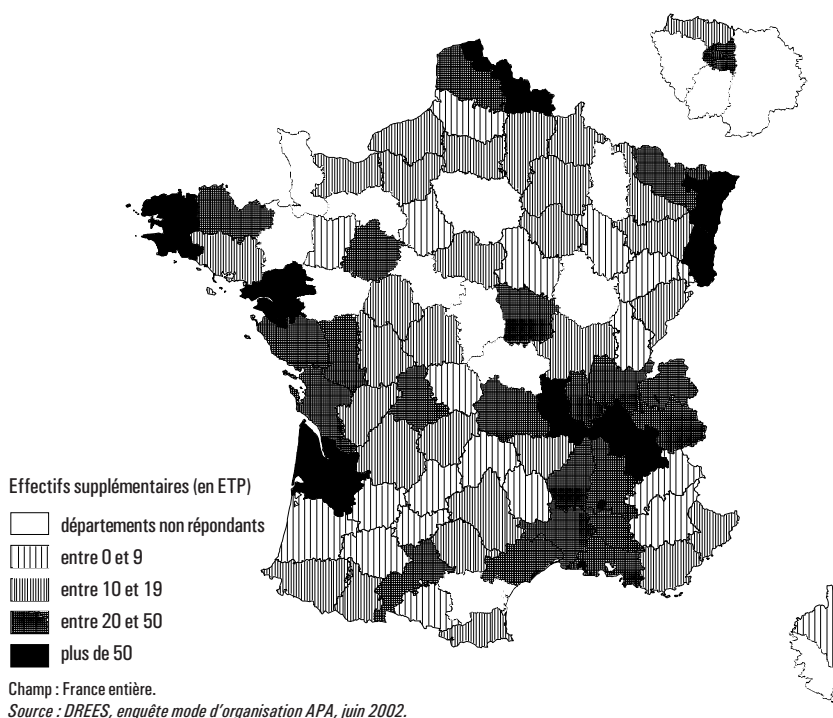
Seuls 20 % des départements répondants mentionnent des conventionnements spécifiques avec un régime de sécurité sociale ayant au total permis de mobiliser 77,6 ETP, dont 50,5 relevant du régime général, 23,6 de la Mutuelle sociale agricole (MSA) et 3,5 d'autres régimes. Près de 90 % de ces renforcements concernent des emplois d'assistants sociaux.

Trois départements seulement font, en outre, état d'un conventionnement avec un CCAS, pour au total 13,2 ETP (8,2 assistants sociaux et 5 personnels administratifs).

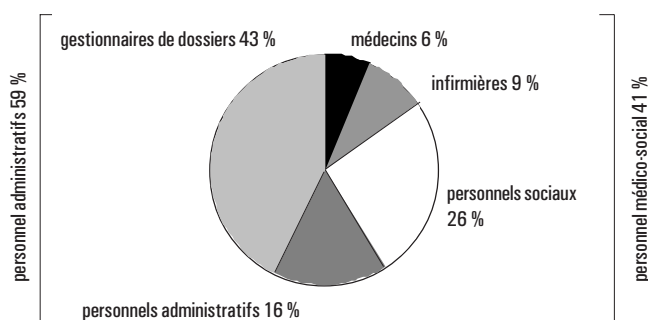
Enfin, un département mentionne la participation des services d'aide à domicile pour 32 ETP d'assistants sociaux.

Parmi les personnels recrutés ou redéployés par les conseils généraux, 59 % renforcent le pôle administratif, essentiellement pour la gestion des dossiers et 41 % le volet médico-social, surtout en postes d'assistants sociaux (graphique).

effectifs recrutés ou redéployés dans les départements



le personnel supplémentaire des conseils généraux (recruté ou redéployé)



1. Cf. *Études et Résultats* « L'APA au 31 mars 2002 », n° 178, juin 2002 et « L'APA au 31 décembre 2002 », n° 226, mars 2003, Roselyne KERJOSSE

social se rendent ensemble ou séparément au domicile de la personne âgée. Dans trois départements sur cinq ont ainsi lieu deux visites de durée variable, allant de 20 minutes à 1 heure, soit 45 minutes en moyenne chacune. À noter que trois départements mentionnent dans ce cas un temps plus court pour la visite du médecin. Dans les départements où la visite est commune aux deux membres de l'équipe, elle est plus longue et dure en moyenne de 1 heure 35 (de 1 heure à 2 heures 15).

L'évaluation en établissement est, quant à elle, réalisée dans 70 % des départements par un médecin de l'équipe médico-sociale qui valide le GIR attribué à la personne âgée. Dans un quart des départements, c'est le médecin coordonnateur de l'établissement qui le fait ou, à défaut, comme le signalent 5 % des départements, le médecin traitant de la personne.

Lors de l'instruction médico-sociale, le plan d'aide proposé peut être contesté par l'intéressé, les départements étant appelés dans ce cas à formuler une nouvelle proposition. 80 % d'entre eux mentionnent à cette occasion à l'intéressé qu'il est tenu d'y répondre et 60 % prévoient une relance avant de décider, le cas échéant, de clore le dossier.

Les trois quarts des départements ont réuni dès le début de l'année 2002 la commission de l'APA chargée des décisions d'attribution...

L'instruction des dossiers d'APA suit différentes étapes, avec notamment un passage en commission d'attribution. 77 % des départements ont réuni très rapidement, dès janvier ou février 2002, la commission d'attribution de l'APA. Celle-ci siège à un rythme hebdomadaire pour 46 % des départements, bimensuelle pour 34 % et mensuelle pour 20 % d'entre eux.

Cette commission propose au président du Conseil général les montants d'APA correspondant aux besoins des personnes âgées établis en fonction de la perte d'autonomie et de leurs ressources. Ces commissions sont principalement

composées d'élus, de directeurs ou chefs de service ainsi que de représentants de la caisse régionale d'assurance maladie et de la mutuelle sociale agricole, puis, selon les départements, y sont associés les membres des équipes médico-sociales, les maires et les représentants de CCAS. À noter que huit départements ont mis en place plusieurs commissions ou sous-commissions (entre 4 et 10) correspondant à leur découpage géographique.

... mais étaient peu nombreux à la mi 2002 à pouvoir respecter les délais d'instruction et de décision fixés par la loi

La forte montée en charge des demandes au cours des premiers mois de l'année 2002 (683 000 dossiers déposés fin juin 2002⁴) n'a pas permis aux départements d'être en mesure de respecter durant cette période les délais d'instruction et de décision fixés par la loi. Ainsi, si fin juin 2002, trois départements sur cinq sont en mesure de respecter le délai de versement de l'APA⁵, seul un département sur deux indique réclamer dans les délais à la personne âgée les pièces manquantes à son dossier et lui retourne l'accusé de réception de son dossier complet⁶. Enfin, environ le quart des départements s'est dit en mesure de respecter les délais concernant l'envoi de la proposition de plan d'aide⁷ et de notification de la décision du président du Conseil général⁸ (graphique 2).

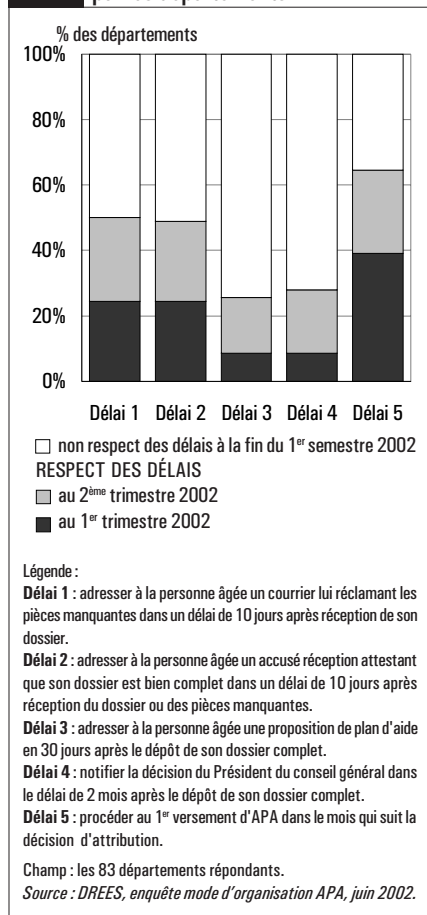
70 % des départements fixent, en outre, systématiquement un délai de révision du dossier dans leurs décisions accordant l'APA. En revanche, tous ont prévu une échéance de révision, en dehors des modifications de situation signalées par le bénéficiaire, avec une périodicité allant de un à cinq ans. Un quart d'entre eux a retenu un délai d'un an, un tiers une période de deux ans et un autre quart trois ans. La périodicité choisie est la même à domicile et en établissement dans les deux tiers des départements.

La commission de l'APA se charge également du règlement d'un certain nombre de litiges selon une procédure de re-

cours amiable (encadré 1). Dans ce cas les textes prévoient qu'elle s'élargisse à cinq membres des usagers dont deux personnalités qualifiées désignées par le Comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA).

Les organismes les plus cités, en dehors des représentants du CODERPA, sont l'Union départementale des associations familiales (UDAF - citée 21 fois), les associations de retraités (citées 18 fois), la Fédération départementale des aînés ruraux (citée 16 fois), l'Association France Alzheimer (citée 15 fois), la Fédération des particuliers employeurs (FEPPEM - citée 11 fois). Viennent ensuite les syndicats de retraités CGT/CFDT/FO et les médecins (cités 5 fois chacun), des représentants d'établissements pour personnes âgées (cités 4 fois), l'Union nationale des

G 02 le respect des délais d'instruction, de décision et de versement de l'APA par les départements



4. Cf. Roselyne KERJOSSE, « L'APA au 30 juin 2002 », n° 191, *Études et Résultats*, septembre 2002.

5. Procéder au premier versement d'APA dans le mois qui suit la décision d'attribution.

6. Adresser à la personne âgée un courrier lui réclamant les pièces manquantes dans un délai de 10 jours après réception de son dossier et un accusé réception attestant que son dossier est complet dans un délai de 10 jours après réception du dossier ou des pièces manquantes.

7. Adresser à la personne âgée une proposition de plan d'aide dans les 30 jours qui suivent la déclaration de dossier complet.

8. Notifier la décision du président du Conseil général dans le délai de 2 mois après le dépôt du dossier complet.

retraités et des personnes âgées (UNRPA - citée 3 fois), les veuves civiles et des usagers (cités 2 fois chacun).

Des conventions avec les organismes de sécurité sociale en cours d'élaboration

Les conventions avec les organismes de sécurité sociale étaient, à la mi 2002, quasiment toutes en cours d'élaboration ou de signature. Elles prévoient, en particulier, l'organisation des modalités de transfert des bénéficiaires de l'aide ménagère à domicile servie par les caisses de retraite (GIR 1 à 4) vers l'APA, l'articulation des champs de compétences et les modalités d'information des parties à la convention.

Sur les 83 départements qui ont répondu à l'enquête, seuls 18 départements avaient d'ores et déjà signé à la fin du premier semestre 2002 une ou plusieurs conventions. Celles-ci se présentent pour la moitié d'entre elles sous la forme d'une convention pluripartite (encadré 4).

L'APA permet de prendre en charge des besoins plus diversifiés qu'auparavant

Pour la valorisation et le financement des plans d'aide, 85 % des départements ont fixé trois tarifs d'aide ménagère (gré à gré, prestataire, mandataire⁹) et 55 % d'entre eux des tarifs de garde à domicile (tableau 2).

Les autres départements appliquent deux tarifs d'aide ménagère (prestataire et mandataire ou prestataire et gré à gré) à l'exception de deux d'entre eux, l'un ayant un tarif unique quel que soit le type de prestation et l'autre ne faisant mention que d'un tarif prestataire.

Les niveaux de prise en charge ont une influence directe sur le nombre d'heures financées dans le cadre du plan d'aide et, le cas échéant, sur la répartition des activités mandataires et prestataires.

Il est à cet égard intéressant de comparer les tarifs prestataires retenus par les départements pour l'APA au taux de participation de la Caisse nationale d'as-

surance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) dans le cadre de la prise en charge des heures d'aides ménagères¹⁰. Ce taux sert, de fait, implicitement de référence dans de nombreux départements. Près des deux tiers des départements ont ainsi retenu un tarif prestataire en semaine égal ou supérieur au taux

CNAVTS pour la valorisation des plans d'aide à domicile. En ce qui concerne les tarifs des dimanches et jours fériés, près d'un département sur deux a retenu un tarif prestataire égal ou supérieur au taux fixé par la CNAVTS (tableau 3).

En dehors des dépenses de personnel, l'APA permet de prendre en charge

T 02 tarifs d'aide à domicile appliqués pour l'APA				
				Tarif en euros
Catégories tarifaires	Tarif horaire moyen *	Tarif minimum	Tarif maximum	Départements répondants
Aide ménagère				
Tarif gré à gré	8,58	7,34	11,00	73
Tarif prestataire	13,40	11,81	14,94	78
Tarif mandataire	9,80	8,00	13,61	72
Tarif associations intermédiaires	9,90	8,30	13,61	14
Tarif entreprises privées	9,98	8,08	12,97	11
Garde à domicile				
Tarif prestataire de jour	13,06	7,20	16,03	29
Tarif prestataire de nuit	13,93	9,00	17,53	10
Tarif mandataire	9,64	7,20	11,53	26

* calculé sur les départements répondants.
Ces taux sont majorés les dimanches et jours fériés de 20 à 30%.
Les tarifs forfaitaires de nuit (qualifiée de calme ou agitée) sont compris entre 30,34 € et 48 € pour l'aide ménagère et, pour la garde à domicile, entre 39,4 € et 45 € (prestataire) et entre 30,34 € et 63 € (mandataire).
Champ : les 83 départements ayant répondu à l'enquête.
Source : DREES - Enquête modes d'organisation APA, juin 2002.

E-3

L'implication des professionnels de santé libéraux

Un département sur six confie des évaluations du GIR des personnes âgées à domicile à des professionnels de santé libéraux ou envisageaient de le faire à la date de l'enquête à brève échéance. Pour ce faire, ils ont signé des accords avec des médecins ou des infirmiers libéraux volontaires de leur département par le biais soit d'une convention signée avec les syndicats représentatifs, soit avec les professionnels eux-mêmes qu'ils rétribuent sous la forme de vacations à l'acte.

La plupart des départements confient des évaluations de GIR à un petit nombre de médecins traitants généralistes des personnes âgées de leur département.

Quelques départements indiquent avoir sollicité de façon significative les médecins libéraux. L'un d'entre eux par exemple recourt à 200 médecins, l'autre à 35 médecins ayant effectué 950 heures de travail de mars à septembre 2002, tandis qu'un troisième indique avoir bénéficié du concours de 146 infirmières libérales chargées d'effectuer les visites à domicile et d'établir les plans d'aide.

On peut également noter l'exemple d'un département qui était en passe de confier à des médecins, qui ne seront pas les médecins traitants des personnes âgées, l'évaluation tant médicale que des besoins de la personne âgée et l'élaboration d'une proposition de plan d'aide. Chaque dossier ainsi traité sera rémunéré 80 €.

Enfin, trois départements indiquent disposer d'un projet de convention en cours de signature pour associer les médecins libéraux de leur département à la mise en œuvre de l'APA.

9. Ces différents tarifs correspondent à trois modalités de prise en charge : le gré à gré où la personne âgée exerce elle-même la fonction d'employeur, la prestation de service direct à domicile où le prestataire est l'employeur, le service mandataire qui recrute l'intervenant à domicile et se charge des démarches administratives mais où la personne âgée demeure juridiquement l'employeur.

10. L'évolution du montant de la participation de la CNAVTS tient compte de l'évolution du SMIC et du taux d'inflation sur la part ne relevant pas du salaire

d'autres types de dépenses plus diversifiées que dans le cas de la PSD¹¹. Ainsi cinq départements sur huit mentionnent une prise en charge des portages de repas, des services de téléalarme et du matériel à usage unique pour incontinence. Un département sur deux appuie en outre financièrement le recours à un accueil de jour ou un accueil temporaire, trois départements sur huit l'acquisition d'un fauteuil roulant, de cannes, d'un déambulateur, d'un lit médicalisé ou d'un lève malade pour la part non prise en charge par la sécurité sociale, ainsi que l'adaptation du logement. Enfin, un département sur quatre prend en compte le dépannage ou les petits travaux ainsi que les frais de transport. Pour ce faire, soit des tarifs de prise en charge sont explicitement fixés (tableau 4), soit celle-ci s'effectue suivant diverses modalités : sur la base de factures et de devis, selon les tarifs des établissements, dans la limite du plan d'aide ou pour une durée limitée de versement sur l'année.

Par ailleurs, deux départements ont fixé un forfait global pour l'ensemble des aides techniques, 1 464 € par an pour l'un, et 30 % de la part restant à la charge de la personne dans la limite de 1 524 € par an pour l'autre.

40 % des départements ont complété l'APA par des aides extra-légales

Les départements sont allés parfois au-delà de leurs obligations légales. C'est le cas de 40 % d'entre eux qui ont eu recours à une ou plusieurs formes d'aides extra-légales en appui ou en complément de l'APA. Deux mesures sont à cet égard majoritairement envisagées. Un département sur quatre a ainsi souhaité majorer en établissement le montant de l'allocation différentielle de façon à maintenir le coût pour l'usager à son niveau antérieur (avec la PSD ou l'ACTP). De même, un département sur six a renoncé à demander une participation financière aux personnes hébergées en établissement au-delà du tarif dépendance applicable aux résidents classés en GIR 5 et 6¹².

Au-delà de ces deux mesures, un certain nombre de dispositions originales ont été prises. Un département a ainsi étendu le bénéfice de l'APA aux personnes classées en GIR 5 ou 6 dans les établissements sous dotation globale et ha-

bilités à l'aide sociale afin d'éviter leur prise en charge au titre de l'aide sociale à l'hébergement¹³. De la même façon, deux départements ne demande plus aux bénéficiaires hébergés au titre de l'aide sociale d'acquitter la part fixe qui reste à la

T03 comparaison des taux CNAVTS (avec ou sans RTT)* et des tarifs prestataires

Tarif prestataire	En semaine		Dimanches et jours fériés	
	Nombre de départements **	En %	Nombre de départements **	En %
Tarif inférieur au taux CNAVTS hors RTT	4	5	15	27
Tarif compris entre le taux CNAVTS hors RTT et avec RTT	26	33	14	25
Tarif égal au taux CNAVTS	36	46	17	31
Tarif supérieur au taux CNAVTS avec RTT	12	15	9	16

* Toutes les entreprises n'appliquent pas une mesure de réduction du temps de travail (RTT).

** Résultat pour les départements répondants.

Tarif CNAVTS (caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés) en semaine : 12,45 € hors RTT et 13,61 € avec RTT (12,68 € hors RTT et 13,84 € avec RTT en Ile de France et Alsace Moselle).

Tarif CNAVTS dimanches et jours fériés : 15,12 € hors RTT et 16,28 € avec RTT (15,35 € hors RTT et 16,51 € avec RTT en Ile de France et Alsace Moselle).

Champ : les 83 départements ayant répondu à l'enquête.

Source : DREES - Enquête modes d'organisation APA, juin 2002.

T04 tarifs de prise en charge fixés par les conseils généraux

Tarif en euros

Catégories tarifaires	Tarif horaire moyen *	Tarif minimum	Tarif maximum	Nombre de départements répondants
Accueil de jour				
Tarif journalier	21,55	15,00	38,00	16
Tarif par demi-journée	11,50	7,62	14,64	5
Accueil temporaire	38,20	22,9	60,67	14
Portage de repas **				
Tarif par repas ou par jour	3,44	1,22	7,17	41
Téléalarme ***	24,04	14,00	35,08	36
Forfait pour matériel à usage unique	90,60	15,49	152,50	18

* Résultat pour les départements répondants.

** Autres commentaires : 50% du coût de la prestation, 2/3 de la somme restante, tarif livraison, forfaits mensuels entre 61 € et 130 €.

*** Les prises en charge diffèrent selon les départements : elles portent soit sur un abonnement (13,72 € ou 30 ou 35,5), soit sur l'installation (45,73 €, 57,93 € ou 76,22 €), soit sur les deux.

Champ : les 83 départements ayant répondu à l'enquête.

Source : DREES - Enquête modes d'organisation APA, juin 2002.

11. La limite à 10 % du plan d'aide pour acquitter des dépenses autres que celles de personnel qui existait pour la PSD a été levée dans le cadre de l'APA.

12. Ce complément de participation concerne les personnes dont les revenus sont supérieurs à 2 025 €.

13. Il prend intégralement à sa charge la section dépendance pour toutes les personnes, y compris les GIR 5 et 6, hébergées dans ces établissements.

charge de la personne âgée et qui correspond au tarif dépendance applicable aux personnes de GIR 5 et 6.

En outre, six départements accordent, sous certaines conditions, un versement rétroactif de l'APA au 1^{er} janvier 2002 ou à la date de dépôt du dossier même in-

complet. Un département va au-delà des barèmes par GIR arrêtés au niveau national¹⁴ pour faire face aux augmentations des tarifs horaires d'aide ménagère de façon à ne pas détériorer la qualité des plans d'aide. Enfin, un département ne procède plus depuis janvier 2002 aux ré-

cupérations sur succession pour les personnes qui bénéficiaient de la PSD en établissement.

14. Les barèmes nationaux par GIR déterminent le montant maximal du plan d'aide.

E-4

Le contenu des conventions signées entre le Conseil général et les organismes de sécurité sociale

L'organisation des modalités de transfert vers l'APA des bénéficiaires de l'aide ménagère à domicile servie par les caisses de retraite (GIR 1 à 4)
Pour éviter toute interruption dans le versement des aides, les caisses accordent une prise en charge supplémentaire pendant une période transitoire tout en invitant leurs usagers à déposer une demande d'APA. Un département signale qu'il transmet systématiquement un dossier de demande d'APA aux personnes qui arrivent en fin de droits.

Les caisses font l'avance pour le compte du Conseil général jusqu'à la décision d'accord de l'APA. Celui-ci procède ensuite au remboursement des sommes ainsi engagées selon des modalités pratiques précisées dans les conventions.

L'articulation des champs de compétence

Les prestations d'aide ménagère à domicile et de garde à domicile servies par l'assurance vieillesse ne sont pas cumulables avec l'APA. Ce n'est pas le cas d'autres aides comme par exemple les aides au logement.

Les modalités d'information des parties à la convention

Les départements affichent le principe d'une mutualisation des informations concernant les moyens ou les aides, la reconnaissance mutuelle des évaluations qu'elles soient le fait du département ou des caisses de retraite. Les caisses peuvent transmettre au département les dossiers de leurs usagers, le Conseil général informe les caisses des décisions prises (accord ou rejet) concernant leurs ressortissants et leur transmet les dossiers des personnes qui relèvent des GIR 5 et 6 susceptibles de bénéficier d'une aide ménagère.

La composition et fonctionnement général de la commission de l'APA où siègent des représentants des caisses de retraite (cité par 8 départements).

La mise à disposition de personnel des caisses et la collaboration pour la mise en œuvre et le suivi des plans d'aide (cité par 9 départements)
Il s'agit essentiellement d'assistants sociaux chargés, en tant que membres des équipes médico-sociales, de procéder aux visites à domicile, à la proposition de plan d'aide, à l'instruction administrative des dossiers et de participer aux réunions techniques du département. Trois départements y incluent la vérification de la mise en œuvre du plan d'aide, son suivi et le contrôle de l'effectivité des aides. Un département évoque aussi la révision des plans d'aide.

Quatre départements fixent dans leur convention le nombre de dossiers et les modalités de remboursement :

- 550 dossiers au maximum d'ici fin décembre 2002 peuvent être pris en charge par la Mutuelle sociale agricole (MSA) pour le premier département sur la base d'un remboursement de 110 € par dossier ;
- 15 dossiers par semaine maximum pour la MSA pour le second département, d'avril à fin octobre 2002, sur la base d'un remboursement de 71,31 € par dossier ;
- 200 dossiers au maximum par an pour la CRAM pour le troisième ;
- 300 dossiers dans le quatrième département.

Les lieux de retrait des dossiers de demande d'APA (cité par 4 départements), dont les points d'accueil des organismes de sécurité sociale.

Les instances de coordination gériatriques

Avec la mise en place ou la reconduction de différentes instances où siègent des représentants des régimes complémentaires :

- l'Instance départementale de coordination gériatrique (IDCG) est reconduite, suite à sa création dans le cadre de la PSD, dans deux départements, et est mise en place dans un autre ;
- une Instance de régulation technique territoriale (IRTT) est également créée dans un département qui se veut le relais de l'IDCG à l'échelle infra départementale ;
- des comités de pilotage des CLIC sont mis en place dans trois départements et ont en charge la labellisation des CLIC.