

# OPTIMISER LE SOUTIEN À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES

## Pour une meilleure complémentarité entre caisses de retraite et départements

Étude réalisée par Estelle CAMUS, Catherine LHERITIER, Claudine PADIEU et Didier LESUEUR.

**V**ivre plus longtemps mais en vieillissant le mieux possible est devenu un enjeu majeur pour la société française. En effet, les personnes de plus de 60 ans, aujourd'hui au nombre de 15 millions, devraient atteindre les 20 millions en 2030, et les plus âgées d'entre elles, au-delà de 85 ans, tripler d'ici à 2050.

Il en résulte depuis une quinzaine d'années, de profondes évolutions réglementaires et institutionnelles dont l'impact est considérable sur tous les acteurs concernés. C'est le cas des caisses de retraite, principalement la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)

et la Mutualité sociale agricole (MSA), ainsi que le Régime social des indépendants (RSI), qui doivent accroître leur implication dans l'accompagnement de l'avancée en âge des personnes retraitées, au travers de leurs politiques d'action sociale. C'est le cas aussi des départements qui se sont vus confier un rôle de tout premier plan dans la délivrance de certaines prestations et l'organisation de l'offre de service pour le soutien des personnes âgées les plus dépendantes. Une situation qui conduit nécessairement à la recherche de complémentarités, pour favoriser tout particulièrement la mise en œuvre de la grande réforme induite par la loi du 20 juillet

2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées.

En effet, la forte croissance des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) impacte durablement les finances départementales, d'autant plus que le taux de participation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) à la dépense correspondante n'est aujourd'hui que de 28 %<sup>(1)</sup>. Les départements vont donc investir de plus en plus le champ de

(1) Cf Lettre de l'ODAS "Financement de l'action sociale : les départements dans l'impasse". Juin 2014. Disponible sur [www.odas.net](http://www.odas.net)

## MÉTHODOLOGIE

Cette étude, dont nous faisons ici la synthèse, a été conduite durant l'année 2013 par l'Observatoire national de l'action sociale (ODAS) avec la collaboration technique des caisses de retraite du régime de base.

Elle s'est principalement attachée à identifier, dans le cadre des partenariats existant, les pratiques permettant une réponse adaptée à l'environnement et au besoin des personnes, pour définir des facteurs favorisant la coordination des politiques mises en œuvre et la fluidité des parcours.

À cette fin, l'ODAS s'est appuyé sur une enquête initiée par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) auprès de ses 16 caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) afin de recueillir l'état de leurs relations avec les départements.

Pour autant, les observations contenues dans le rapport n'engagent pas les caisses de retraite.

L'ODAS a complété ces données par des éléments de l'enquête nationale qu'elle mène actuellement avec le soutien de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), sur le service, par les départements, de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) à domicile.

Enfin, des visites approfondies ont été conduites dans six départements : l'Allier, le Doubs, le Rhône, la Lozère, l'Oise et le Maine-et-Loire. Ces visites sur site ont donné lieu à des entretiens avec les services des départements en charge des politiques gérontologiques, les services d'action sociale des caisses de retraite, ainsi qu'avec les autres acteurs de la coordination gérontologique : centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC), services d'aide à domicile (SAAD), pilotes MAIA, agence régionale de santé (ARS)...

Relevons que ces travaux ont été régulièrement présentés à la Commission Autonomie de l'ODAS, composée de personnes ressources, issues de diverses institutions qui contribuent aux politiques de soutien à l'autonomie.

Le rapport complet est disponible sur : [www.odas.net](http://www.odas.net)

la prévention à travers notamment la recherche de dynamiques partenariales avec les caisses de retraite.

De leur côté, les caisses de retraite sont également soumises à de fortes contraintes financières. Elles se répercutent sur leur budget d'action sociale qui progresse moins vite que les demandes de prise en charge.

Elles ont donc elles aussi intérêt à optimiser les démarches de prévention conformément aux recommandations des deux rapports produits récemment dans le cadre de la réflexion nationale sur l'adaptation de la société au vieillissement. Tous mettent en effet l'accent sur l'importance des coopérations entre institutions qu'il s'agisse de la prévention individuelle et collective de la perte d'autonomie ou de la priorité accordée au maintien à domicile, lorsque la perte d'autonomie survient.

C'est notamment ce que précise le dernier rapport annuel du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) qui préconise le développement d'un parcours coordonné de la personne, intégrant non seulement le secteur sanitaire mais également le secteur social et médico-social, afin de prévenir, entre autres, les situations de ruptures, facteur à la fois de surcoût pour la collectivité mais également de perte d'autonomie pour les personnes.

Des préconisations qui contribuent à inciter les uns et les autres, malgré leurs difficultés, à s'engager dans une plus grande convergence de leurs politiques et de leur déclinaison opérationnelle, non seulement en matière de réponses individuelles (1<sup>re</sup> partie) mais également en matière de prévention et d'analyse prospective des besoins (2<sup>e</sup> partie). Il reste que ces initiatives favorables à l'optimisation des ressources disponibles pourraient être plus utiles si elles étaient mieux connues et reprises par tous.

**Cette étude a été réalisée en partenariat avec les caisses de retraite, et avec le soutien du ministère des affaires sociales et de la santé.**



Ensemble, les caisses de retraite s'engagent



1<sup>RE</sup> PARTIE

## Vers une plus grande convergence des réponses individuelles

La complémentarité entre caisses de retraite et départements en matière de continuité des prestations individuelles servies est difficile à instaurer.

D'une part, les règles d'attribution et les logiques de prise en charge sont différentes pour chacune des deux prestations. L'APA, servie par les départements, est conçue comme une prestation universelle attribuée à toute personne de plus de 60 ans en fonction de son niveau de dépendance (GIR 1 et 4), sans condition de ressources. Elle est identique sur tout le territoire. Le plan d'action personnalisé (PAP) de la CNAV, et sa déclinaison d'urgence à travers l'aide au retour d'hospitalisation à domicile (ARDH) ou l'aide aux situations de rupture (ASIR), est une prestation d'action sociale facultative, soumise à conditions de ressources et dont les barèmes nationaux évoluent chaque année en tenant compte du rythme d'évolution des retraites.

D'autre part, la forte montée en charge des demandes d'APA et de PAP et ses implications budgétaires ont conduit chaque institution à rechercher des moyens de réguler le nombre de prestations accordées (avec une attention particulière portée aux GIR 4 et 5). Ainsi, les contraintes financières liées à l'augmentation des tarifs de l'aide à domicile, conjuguées au plafonnement de l'APA par niveau de GIR, ont amené les équipes médico-sociales des départements à moins formaliser l'analyse

globale des besoins de la personne âgée et à limiter le plan d'aide qui en découle aux seuls éléments susceptibles d'être pris en charge par l'APA, surtout sous forme d'aide humaine. De leur côté, les CARSAT et les MSA ont recentré leur aide sur certains publics, en fonction de critères de fragilité qui complètent la grille AGGIR et dont la pondération évolue dans un sens restrictif. Elles ont également diversifié le plan d'aide, en limitant la part d'aide humaine, au profit d'autres prestations (téléalarme, portage de repas, adaptation de l'habitat).

Et pourtant, malgré ces contraintes, des partenariats se dessinent aujourd'hui, que ce soit pour harmoniser l'accès aux prestations (I) ou pour favoriser l'accompagnement globalisé du maintien à domicile (II).

### I. Vers une meilleure articulation entre PAP et APA

La recherche d'une meilleure articulation dans la délivrance des aides passe d'abord par l'harmonisation des modes d'évaluation des besoins des personnes âgées potentiellement GIR 5 ou 4.

Si la grille AGGIR est désormais utilisée par la plupart des évaluateurs qui interviennent pour le compte soit du départe-

ment, soit des régimes de retraite, cela ne suffit pas à induire une culture partagée entre les différents acteurs concernés. Il est ainsi fréquent qu'une même personne puisse être considérée par les évaluateurs de sa caisse de retraite comme ressortissant du GIR 4, donc éligible à l'APA, alors que leurs homologues du département la situent en GIR 5, de la compétence de l'action sociale des caisses de retraite. Une situation qui engendre pour les usagers incompréhension et désarroi.

#### I-1. La dévolution des évaluations à une même structure

C'est pourquoi dans quelques territoires les évaluations sont dorénavant réalisées au sein d'une même structure. Et dans cette hypothèse, il s'agit alors principalement des équipes des départements comme cela est le cas dans les Côtes-d'Armor.

Dans ce département, dans les situations sévères GIR 5/4, l'évaluateur qui a suivi initialement le dossier peut le conserver jusqu'à l'élaboration du plan et si nécessaire jusqu'au suivi des devis, avant validation par les institutions concernées (CARSAT ou département). Cette polyvalence assure donc un interlocuteur unique au demandeur et évite de transférer son dossier d'un dispositif à l'autre, en cours de traitement.

Pourtant, cette dévolution des évaluations peine à s'étendre. Ainsi, on peut relever par exemple que la CAR-

SAT Centre ouest a confié une délégation pour évaluer au département de la Creuse, mais l'a refusé à la Corrèze. Parallèlement, si les départements reconnaissent, dans une logique de prévention et de continuité de la prise en charge, l'intérêt de la dévolution, plusieurs font part également de la difficulté pour les équipes à se positionner par rapport à d'autres choix politiques que ceux de leur institution.

C'est ce qui explique que dans la majeure partie des départements, chaque institution continue de disposer de sa propre structure d'évaluation. Une situation qui prévaut dans cinq des six départements visités. Les départements recourent alors le plus fréquemment à leurs propres équipes médico-sociales. Les CARSAT, quant à elles, font appel à des structures évaluatrices, souvent "filiales" de services d'aide à domicile, ou encore à des structures développées en inter-régimes associant fréquemment prévention et évaluation. Ainsi en Bourgogne Franche-Comté, le GIE-IMPA dispose d'environ 32 évaluateurs de besoins d'aide à domicile pour réaliser l'évaluation globale des besoins et si nécessaire établir le PAP pour le compte de la CARSAT.

Quant aux CLIC, ils occupent une place spécifique reconnue autant par les départements que par les CARSAT. Ainsi, dans les Pays-de-la-Loire, la CARSAT considère comme "un atout considérable" de pouvoir s'appuyer sur les CLIC, en amont et en aval des évaluations qu'ils réalisent pour son compte. De même, les départements qui ont favorisé la proximité entre leurs équipes territorialisées et les CLIC, relèvent que celle-ci a favorisé une meilleure connaissance et compréhension des critères d'attribution des aides. C'est pourquoi si très majoritairement, les CLIC restent encore autonomes, ils sont de plus en



plus nombreux à être intégrés dans les services départementaux.

Ces liens de collaboration avec la CARSAT comme avec les départements permettent alors aux CLIC d'assumer plus efficacement non seulement leur rôle d'orientation et de conseil mais aussi d'observation et d'analyse des besoins de leur territoire.

## I-2. La reconnaissance mutuelle des évaluations

Le fait de disposer de structures différentes n'empêche pas la reconnaissance par les CARSAT et les départements de leurs évaluations réciproques. Mais cette situation reste très perfectible. Dans 15 % des départements, cette reconnaissance n'est pratiquée que par la CARSAT à l'égard des évaluations réalisées par les équipes médico-sociales des départements. Et lorsque la reconnaissance est réciproque, ce qui est le cas dans 25 % des départements, elle ne porte une fois sur trois que sur le GIR. Or, il a souvent été reproché à la grille AGGIR de ne pas être suffisamment multidimensionnelle dans l'évaluation des besoins de la personne et de ne pas favoriser l'objec-

tivisation de ces besoins au sein du plan d'aide. La reconnaissance du GIR ne peut donc à elle seule permettre d'éviter les doubles évaluations, la multiplication des interlocuteurs, l'allongement des délais de prise en charge et les risques de rupture de droits.

Fort heureusement, la reconnaissance mutuelle peut aller au-delà, comme le constat a pu en être fait dans quelques départements. Ainsi, dans le Rhône, l'Allier, la Seine-et-Marne ou encore le Calvados, le principe de reconnaissance mutuelle porte également sur les besoins et le plan établi. Si, dans le cadre d'une évaluation globale pour la CARSAT, ses évaluateurs quels qu'ils soient concluent à un GIR 4 à 1 ou si, dans le cadre d'une demande d'APA, les équipes médico-sociales du département estiment le niveau de dépendance à un GIR 6 ou 5, ils poursuivent l'évaluation des besoins et élaborent les plans d'aide qui seront ensuite transmis aux institutions concernées. Dans le Rhône, cette reconnaissance élargie s'applique également lors des sorties d'hospitalisation, périodes particulièrement sensibles pour les personnes âgées et facteurs de dégradation si elles

ne sont pas correctement gérées. Dès lors qu'à l'issue d'une ARDH, les assistantes sociales de la CARSAT constatent l'absence de récupération de la personne âgée aidée au titre d'un GIR 5 ou 6, elles l'orientent vers une demande d'APA et transmettent au département l'évaluation des besoins réalisée.

Seule cette reconnaissance mutuelle des besoins et du plan établi constitue véritablement une plus-value en matière de délais et de continuité de parcours. Les acteurs sont donc de plus en plus nombreux à considérer comme nécessaire de pouvoir disposer d'un référentiel permettant que l'évaluation de la dépendance s'effectue à partir d'un outil commun multidimensionnel et selon des pratiques similaires quel que soit l'évaluateur (département, caisse de retraite...).

**“Il faut d'abord une impulsion nationale pour une reconnaissance automatique et réciproque des évaluations entre CARSAT et départements, avant d'envisager celle des plans d'aides.”**

Nicolas Gérard, sous-directeur action sociale, CARSAT Auvergne

La CNAV a d'ores et déjà initié, en collaboration avec le Pôle de gérontologie interrégional (PGI) de Bourgogne Franche-Comté, un travail d'élaboration d'une grille complémentaire à la grille AGGIR, intégrant des critères environnementaux et de fragilité et permettant de graduer le plan d'aide selon les risques identifiés. Cette grille devrait être opérationnelle prochainement afin de lancer, sur les territoires de quelques CARSAT, l'expérimentation des paniers de services. Cette réflexion pourrait donc être intégrée à celles déjà en cours et auxquelles ont été associés la CNAV et des départements, autour de la refondation d'une grille d'évaluation commune aux personnes âgées et aux personnes handicapées, sous l'égide de la CNSA.

### **I-3. Le souci commun d'une information partagée**

Quelle que soit la diversité des pratiques observées, les acteurs de terrain s'accordent tous pour reconnaître deux éléments indispensables à une meilleure fluidité des dispositifs de prise en charge individuelle : d'une part les échanges d'information aux différentes étapes de cette prise en charge, d'autre part la nécessaire formation des équipes aux outils d'évaluation et aux logiques respectives des deux institutions. Ce constat, commun à l'ensemble des acteurs intervenant auprès des personnes en perte d'autonomie, est d'ailleurs aujourd'hui au cœur des démarches d'intégration et de parcours expérimentées dans le cadre des MAIA et des parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

(PAERPA), comme en témoigne le rapport de Dominique Libeau sur la mise en œuvre des projets pilotes par le Comité national de pilotage des PAERPA.

Il s'agit non seulement de développer une connaissance mutuelle entre les différentes équipes évaluatrices, ainsi qu'avec les intervenants au domicile des personnes, mais également de favoriser l'échange et le partage d'informations entre ces acteurs. On évite ainsi, pour les 10 % des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, des ruptures de prises en charge et de droits, mais également les traitements en doublons des dossiers, voire le cumul de prestations, qui constituent autant de facteurs de complexité pour les personnes âgées et de perte d'efficacité pour les politiques publiques. Des dispositifs favorisant le transfert d'informations d'une institution à l'autre doivent donc être développés, sachant que seule la dématérialisation de ces informations peut

en favoriser l'exhaustivité, la récurrence et la pérennité. Cela implique d'abord une interopérabilité des logiciels utilisés par les caisses et les départements, mais surtout une structuration commune des données enregistrées afin de simplifier l'extraction des informations nécessaires à chacun. Il est également indispensable de tenir compte des règles déontologiques propres à chaque acteur, ainsi que des impératifs de la loi Informatique et liberté, en particulier dans le cadre d'échange de données individuelles qui nécessite l'accord explicite de la personne concernée. C'est le cas par exemple pour les fiches de liaison instituées entre le département du Calvados et la CARSAT dans le cadre des reconnaissances mutuelles d'évaluation. Elles comportent en plus de l'identification de l'évaluateur, de la proposition de plan d'aide et d'un volet réponse pour informer l'évaluateur de la décision, des éléments strictement personnels indispensables à la CARSAT pour apprécier la notion de fragilité.

Aussi, de toute évidence, la généralisation des quelques exemples de dématérialisation identifiés dans le cadre de l'étude, comme la mise en place des “protocoles opérationnels d'échange d'informations sur les prestations d'action sociale et la majoration tierce personne” effectifs entre les CARSAT Auvergne et Rhône-Alpes et certains de leurs départements, ne pourront s'envisager que dans le cadre d'un dispositif national de transfert de données avalisé par la Commission nationale informatique et liberté (CNIL).

En attendant de formaliser une démarche nationale de partage des informations, en particulier si ces dernières impliquent des données relevant du sanitaire et du médico-social, d'autres initiatives peuvent être prises comme celle menée par le département de l'Allier et la CARSAT Auvergne. Après une phase d'expérimentation sur une

partie du territoire, la CARSAT et le département ont signé un protocole mettant en œuvre l'usage d'un dossier unique de demande d'aide à domicile et d'évaluation pour le PAP et l'APA. Le demandeur peut donc déposer un dossier, intégrant les données administratives et financières ainsi que les critères de fragilité indispensables à la CARSAT et au département, soit auprès de l'un des trois CLIC missionnés par la CARSAT, soit auprès des équipes médico-sociales du département installées dans les six unités territoriales d'action sociale (UTAS). Ensuite, quel que soit le GIR établi, CLIC ou département réalisent le suivi du dossier, de l'évaluation jusqu'à la proposition de plan.

L'expertise du dispositif, réalisée en 2011 à l'issue de la phase d'expérimentation, a démontré qu'il permet de gagner en moyenne cinq semaines de délai dans le traitement des demandes relevant de l'autre institution. De plus, il facilite la relation avec le demandeur en transférant aux institutions la gestion de la complexité dénoncée précédemment.

Enfin il a permis une approche partagée non seulement de la grille AGGIR mais également de l'évaluation multidimensionnelle telle que la conçoivent la CNAV et la MSA. En effet, la préparation du dossier unique a été l'occasion de réunions de travail associant les équipes médico-sociales des UTAS, les assistantes sociales de la CARSAT et les évaluateurs des CLIC, afin de définir les éléments du dossier et de finaliser la procédure. De même dans le Calvados, la conception des fiches de liaison a également donné lieu à des temps d'analyse communs, afin de qualifier les différences entre aide ménagère et soutien à l'autonomie. Il reste que le dossier unique rencontre des difficultés, liées d'une part à l'adoption par la CNAV d'un dossier national dématérialisé, d'autre part à la charge

supplémentaire qu'occasionne, pour les équipes médico-sociales du département, la complétude systématique des informations exigées dans le cadre d'un dossier PAP.

C'est pourquoi a minima la formation des équipes doit être perçue comme un facteur indispensable de réduction des ambiguïtés quant aux évaluations en limite de GIR 4 et 5. La formation favorise en effet une appropriation commune de la grille AGGIR mais sensibilise également les équipes départementales aux repérages des critères de fragilité et à l'évaluation globale pratiquée par la CNAV. Celle-ci est d'autant plus efficace qu'elle est commune aux équipes évaluatrices, comme c'est le cas en Seine-et-Marne, voire même étendue à d'autres partenaires, comme dans le Calvados, qui a conduit un gros travail pédagogique à l'attention des assistantes sociales d'hôpitaux et des personnels des CCAS, avec pour résultat une diminution des demandes inutiles ou mal orientées.

## II. Vers une approche globale du maintien à domicile

Si l'articulation entre PAP et APA présente un fort potentiel d'amélioration, d'autres champs de l'aide individuelle suscitent également réflexions et démarches communes de la part des caisses de retraite et des départements. C'est le cas des situations identifiées comme pouvant entraîner une rupture dans le parcours de vie des personnes âgées, qu'il s'agisse d'une hospitalisation ou d'un veuvage ; c'est également le cas de certains dispositifs individuels proposés dans le cadre du PAP, susceptibles de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, comme l'amélioration de l'habitat.

### II-1. La prise en compte conjointe des situations de rupture

Dans son rapport de janvier 2013, le Comité national de pilotage des PAERPA a insisté sur la nécessité d'améliorer les conditions de sortie des établissements de santé et "la nécessité de préparer très en amont le retour à domicile", en s'appuyant notamment "sur les outils [...] développés par les caisses primaires d'assurance maladie (programme de retour à domicile – PRADO – en orthopédie et insuffisance cardiaque, notamment) et par les CARSAT (ARDH)".

**"Les atouts d'un dispositif de sortie d'hospitalisation, c'est non seulement une prise en charge plus rapide, mais aussi une efficience économique avérée, avec moins de jours de réhospitalisation."**

Jean-Marie Boulec, directeur, GIE-IMPA

En effet, dans une logique de prévention et d'anticipation de la dégradation de la situation de la personne âgée, la CNAV a développé deux dispositifs qui s'apparentent à un PAP d'urgence : l'aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH) et l'aide aux situations de rupture (ASIR). L'ARDH, définie par la circulaire du 3 février 2011, est une aide de court terme (durée maximale de trois mois) qui vise à répondre aux difficultés que rencontre le retraité à la suite d'une hospitalisation pour faciliter son retour à domicile. Elle a vocation à être attribuée aux retraités de 55 ans et plus, relevant majoritairement du régime général, et estimés capable de récupérer un GIR 5 ou 6 à l'issue de la période de prise en charge. Sa mise en œuvre repose, dans le cadre de conventions avec les établissements de santé, sur les services sociaux ou sur un référent hospitalier

pour produire l'évaluation d'origine et transmettre le dossier à la CARSAT, avant la sortie du patient. Relevant d'une procédure simplifiée, elle permet une mise en œuvre rapide du plan d'aide lors du retour à domicile.

Le dispositif géré par le GIE-IMPA en Bourgogne Franche-Comté est à ce titre exemplaire. S'appliquant aux ressortissants des trois régimes (CNAV, MSA, RSI), il propose un plan d'aide harmonisé entre les trois caisses de retraite limité à 25 heures d'aide à domicile sur 15 jours maximum (auxquelles chacune participe à hauteur de 100 % du tarif CNAV) et exige des services d'aide à domicile, en contrepartie d'un tarif horaire bonifié, une intervention dès le premier jour qui suit la sortie d'hospitalisation. De quoi réduire considérablement le risque de ré-hospitalisation inhérent à une prise en charge inadaptée et générer ainsi d'importantes économies en réduisant le nombre de jours d'hospitalisation, comme l'a démontré l'évaluation du dispositif.

Du côté des départements, le président du conseil général peut mobiliser une APA à titre provisoire, "en cas d'urgence attestée, d'ordre médical ou social" lorsque l'absence d'aide immédiate compromet le maintien à domicile du demandeur. Cette prestation est alors délivrée à titre temporaire (deux mois) immédiatement et sans évaluation, sous la forme d'un forfait égal à la moitié du plafond du GIR 1. Mais si l'évaluation conduite ensuite conclut à la non-éligibilité à l'APA ou à l'attribution d'une aide faible, il y a l'obligation pour le bénéficiaire de rembourser les sommes perçues en trop. Cette APA



© PHOTOIR

d'urgence vise donc les futurs bénéficiaires d'APA en attente de régularisation. Les deux dispositifs sont alors complémentaires, puisque l'ARDH vise les personnes très provisoirement dépendantes pour lesquelles un pronostic de récupération de leur autonomie a été posé.

Or sur le terrain, la distinction est loin d'être aussi claire. L'APA d'urgence n'est pas positionnée de la même manière dans tous les départements, comme le confirment les premiers résultats de l'enquête en cours de l'ODAS<sup>(2)</sup> et est parfois difficile à mobiliser. Si dans certains départements, comme la Lozère ou l'Oise, les assistantes sociales de l'hôpital maîtrisent bien le panel des dispositifs qui s'offre à elles (ARDH, APA d'urgence, mais aussi aides des caisses de retraite complémentaires...), pour d'autres le premier réflexe est de recourir à l'ARDH. Cependant, l'ARDH peut également ne pas être mobilisable partout, en particulier lorsqu'il n'existe

pas de conventions entre la CARSAT et les établissements de santé, lorsque ces derniers ne disposent pas de personnel en mesure d'évaluer, ou lorsque l'ARDH est suspendue pour raison budgétaire, comme dans le Rhône en 2012.

Aussi, un dispositif unique de sortie d'hospitalisation, temporaire et plafonné financièrement, cofinancé par les départements, l'inter-régime et les caisses de retraite complémentaires, voire l'ARS, pourrait éventuellement être pertinent. Le département des Yvelines et la CNAV Île de France ont déjà amorcé la réflexion autour d'une logique de subsidiarité. Par convention, ils se sont engagés à mobiliser préférentiellement le dispositif d'ARDH, lors de situation de dépendance temporaire, concernant des retraités ne bénéficiant pas jusqu'alors d'un PAP, tout en menant conjointement des actions d'information et de clarification des dispositifs auprès de leurs partenaires.

## II-2. L'instauration d'une démarche concertée sur l'aménagement du logement

"Pour rendre possible et effective une véritable politique de maintien à domicile, l'adaptation des logements au vieillissement de la population est une nécessité absolue", affirme Luc Broussy dans le rapport préparatoire à la loi d'adaptation du vieillissement, remis en janvier 2013 à la Ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie, Michèle Delaunay. La CNAV et les départements sont aujourd'hui parmi

(2) Enquête sur la mise en œuvre de l'APA et de la PCH à domicile. À paraître au premier semestre 2015.

les principaux acteurs de cette adaptation, aux côtés l'Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH) et de nombreux autres partenaires (villes, associations, fédérations professionnelles du bâtiment...).

Ainsi, la CNAV développe des actions de sensibilisation des retraités à l'adaptation de leur logement, à l'exemple du groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) dénommé Prévention Retraite Île-de-France (PRIF), et peut participer, dans le cadre de son budget d'action sociale, au coût des travaux d'adaptation. De même, les départements ont la possibilité de financer l'adaptation du logement au titre de l'APA, ainsi que pour les personnes en situation de handicap, au titre de leur implication dans les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Quant à l'ANAH, 62 % des propriétaires éligibles à ses aides sont des personnes âgées de plus de 60 ans.

Cependant, les visites sur site, tout comme l'analyse des informations transmises par les caisses de retraite, n'ont pas permis d'identifier de nombreuses initiatives menées conjointement avec les départements autres que celles qui reprennent la convention nationale conclue entre la CNAV et l'ANAH autour de trois axes : l'information sur les aides existantes ; l'articulation des aides de l'ANAH et de la CNAV en faveur de l'autonomie ; l'harmonisation des outils de mise en œuvre et de partage d'expertise. Cette convention permet, entre autres, une complémentarité des financements concernant des travaux pouvant être pris en compte dans le cadre de la lutte contre la précarité énergétique. Elle se décline avec les départements au sein de contrats locaux d'engagements (CLE), tels ceux conclus avec l'État, séparément mais de manière concertée, par les CARSAT des Pays-de-la-Loire et de



© Photoir

Bretagne, les départements de ces deux régions et plusieurs agglomérations ou intercommunalités. Si ces CLE portent essentiellement sur la précarité énergétique, il serait cependant souhaitable d'élargir les cofinancements aux autres axes d'intervention de l'ANAH, notamment en matière d'adaptation à la perte d'autonomie, compte tenu de la convergence des priorités des divers partenaires.

D'autres conventions vont d'ailleurs au-delà de ce champ de la précarité énergétique en intégrant des travaux d'accessibilité, comme dans le Var et les Bouches-du-Rhône où une convention distincte a également été signée avec un bailleur public. Elles portent sur une simplification des cofinancements ou établissent entre les différents partenaires une cohérence des critères d'attribution : même référence aux barèmes ANAH, même recevabilité, même prestataires, mêmes tarifs... Dans le Nord, cette harmonisation en matière d'aide à l'habitat existe entre la CARSAT et le département et pourrait intégrer les centres sociaux.

Enfin des coopérations se développent également en matière de domotique, souvent avec le soutien de la CNSA,

dans le cadre de la modernisation et de la professionnalisation des services. Ainsi, un ambitieux projet de plateforme de régulation, de coordination et de mutualisation, autonom@dom, est actuellement en phase de déploiement en Isère, impliquant, entre autres, la CARSAT Rhône-Alpes et le département. Par ailleurs, la CARSAT Poitou-Limousin cofinance des projets immobiliers et de la domotique avec la Corrèze, la Creuse, les Deux-Sèvres et la Vienne.

L'ensemble de ces initiatives mériterait d'être accompagné d'une meilleure information et sensibilisation aux enjeux d'une adaptation précoce du logement pour le maintien dans l'autonomie, inscrites dans les schémas gérontologiques et déclinées au niveau des structures et dispositifs d'accueil et de coordination. Au-delà de cette lisibilité, les financeurs doivent également coordonner leurs priorités, simplifier et fluidifier l'accès aux aides. Cela pourrait être envisagé dans le cadre de la conférence des financeurs inscrite dans le projet de loi sur l'adaptation de la société, mais également par la mise en place d'un guichet unique, porté par les futures maisons départementales de l'autonomie (MDA).

2<sup>E</sup> PARTIE

# Vers une plus grande convergence des réponses collectives

Si la continuité de la prise en charge de la personne âgée, grâce à une meilleure coordination des prestations versées par les caisses de retraite et les départements, constitue un enjeu fort du partenariat, d'autres pistes de coopération paraissent également très prometteuses. En effet, les caisses de retraite se sont depuis plusieurs années engagées dans des politiques de sensibilisation de l'ensemble de leurs ressortissants à des comportements en matière d'alimentation, d'activité physique ou de lien social, susceptibles de contribuer à un maintien en bonne santé, voire de reculer l'âge de l'entrée en dépendance. Ces préoccupations rejoignent aujourd'hui celles des départements, inquiets notamment de l'impact de la prise en charge de la dépendance sur leurs marges financières.

## I. L'harmonisation des démarches de prévention

C'est pourquoi l'organisation et l'articulation de la prévention forment aujourd'hui l'un des champs de partenariat les plus actifs entre caisses de retraite et départements, d'autant que ce sont souvent les mêmes structures qui se voient déléguer, par les uns comme par les autres, la mise en œuvre opérationnelle de ces actions (associations, centres sociaux, CCAS, CLIC...). D'ailleurs, les réponses transmises par les CARSAT concernant les

collaborations effectives avec les départements mentionnent en premier les actions de prévention (28 citations), le soutien aux aidants (13) et le développement de lieux de vie (10). Les visites sur sites ont également permis de vérifier le développement de partenariats en matière d'information des personnes âgées.

### I-1. Une information plus cohérente en direction des retraités

La multiplicité des acteurs et la diversité des actions en matière de prévention du vieillissement font de l'accès à l'information et de la coordination de cette information un enjeu essentiel. Elle est d'autant plus efficace qu'elle est précoce et qu'elle s'adresse à l'ensemble des retraités et pas uniquement aux plus fragiles. Ainsi le département du Loir-et-Cher a mis en place depuis 2010, en partenariat avec la CARSAT, la MSA et le RSI, une plate-forme de coordination, "Vivre Autonome 41", lieu unique d'information pour tous les Loir-et-Chériens ainsi que pour les acteurs de l'accompagnement du vieillissement du département.

On peut également noter que le cofinancement des CLIC est de plus en plus fréquent. En effet, la plupart des caisses de retraite comme des départements reconnaissent qu'ils constituent un point d'appui en matière d'accueil et d'information pour l'ensemble des personnes âgées de leur territoire d'intervention, en particulier lorsque leur

implantation est cohérente avec l'organisation territoriale des départements. À ce titre, le programme ATOO, développé par la CARSAT Rhône-Alpes depuis 2001, avec le département de l'Ain d'abord, du Rhône ensuite, puis progressivement en inter-régime avec la MSA Ain-Rhône, est particulièrement caractéristique. Ce programme propose aux personnes âgées de plus de 55 ans, un accueil et des conseils individualisés puis, sur la base d'une auto-évaluation du niveau de bien-être, les incite à participer à des ateliers collectifs.

Son implantation dans le Rhône s'est avérée très coopérative. L'espace ATOO Rhône, où se déroulent les entretiens individuels et les actions collectives du programme, est accueilli par le département au sein de la maison du Rhône (MDR) de Villeurbanne, unité territoriale labellisée CLIC. L'agent d'accueil de la MDR est également responsable de l'accueil et de l'orientation des personnes venant participer au programme ATOO. Cet espace dispose d'antennes dans quatre MDR et la promotion du dispositif est assurée par la diffusion de plaquettes d'information et de questionnaires d'auto-évaluation sur l'ensemble du territoire départemental. De son côté, la CARSAT offre aux personnes âgées s'étant vues refuser une demande d'APA, la possibilité de effectuer le bilan ATOO. Enfin les deux institutions mettent en commun leurs compétences pour organiser conjointement forums et conférences autour du vieillissement.

## I-2. La mutualisation des démarches de prévention

Les caisses de retraite et les départements ont également la volonté de proposer une offre d'action commune de prévention. Ces partenariats prennent de l'ampleur lorsqu'ils s'appuient sur une offre déjà structurée en inter-régime. Deux démarches ont ainsi été repérées lors des visites sur site. La CARSAT Rhône-Alpes et la MSA Ain-Rhône ont travaillé en amont la programmation d'ateliers (nutrition, mémoire, prévention des chutes, sensibilisation à l'aménagement du logement...) permettant aux retraités de se rencontrer tout en acquérant des réflexes de vie quotidienne susceptibles de prolonger leur autonomie. Les caisses de retraite ont ainsi mutualisé leur offre en s'appuyant sur les spécificités des unes et des autres, en particulier la bonne maîtrise des ressources du territoire par la MSA, et ont pu toucher un nombre plus important de ressortissants, quelles que soient leurs caisses de retraite d'origine, en particulier sur les zones plus isolées.

Dans le Doubs, le développement d'une démarche inter-régime a abouti à la mise en place d'un groupement d'intérêt économique, associant CARSAT, MSA et RSI sur deux régions, la Bourgogne et la Franche-Comté : le GIE-IMPA coordonne les actions collectives des caisses de retraite afin de veiller à l'équité de l'offre, à l'accessibilité et à la qualité des actions déployées ainsi qu'à leur articulation avec le plan de préservation de l'autonomie des personnes âgées (PAPA). En Île-de-France, une démarche similaire a donné lieu à la création du PRIF, qui mobilise les ressources nécessaires à la conception, la mise en œuvre et l'essor d'ateliers de prévention. Cependant, à la différence du GIE-IMPA, des conventions ont été formalisées entre le PRIF et plusieurs

départements (Yvelines, Essonne et Val-de-Marne) ou sont en cours de l'être comme en Seine-et-Marne, où le département a affiché sa volonté de se saisir du PRIF dans le cadre de son futur schéma autonomie. L'analyse conduite par Nicolas Navarro dans l'étude qu'il a récemment consacrée aux partenariats entre la CNAV Île-de-France et les départements d'Île-de-France, témoigne de l'intérêt de la démarche.

Ces actions de prévention peuvent également s'inscrire dans une logique plus globale de dynamisation d'un territoire par la mobilisation de ses ressources. Cette démarche de développement social menée depuis plusieurs années par la MSA à récemment conduit à la création de chartes territoriales de solidarités avec les aînés, repérées dans les départements du Rhône, de l'Ain et du Maine-et-Loire entre autres.

**“En matière de prévention, les besoins sont immenses et nous avons une vraie légitimité, car en inter-régime nous touchons 18 millions de retraités. Retarder l'entrée en dépendance, c'est dans l'intérêt des départements.”**

*Yves Corvaisier, directeur, CARSAT Rhône-Alpes*

Ces chartes ont pour objectif, sur des territoires fortement dévitalisés, de conjuguer maintien des personnes vieillissantes sur leur territoire de vie et développement local, en soutenant le lien social, en valorisant les engagements et expériences des retraités, en promouvant le “bien vieillir” et la prévention des risques liés au vieillissement... Mises en œuvre sur le territoire d'un canton, elles reposent sur un diagnostic partagé, une gouvernance participative, et induisent la contribution

de l'ensemble des acteurs locaux, afin de mobiliser ou développer des actions de solidarité en faveur des personnes âgées (actions de prévention, réseau de bénévoles, covoiturage...). Plusieurs communautés de communes et départements se sont d'ores et déjà engagés dans cette démarche, conduite et animée par la MSA.

## I-3. Le soutien renforcé en direction des aidants

L'aide aux aidants est clairement identifiée par les caisses de retraite comme une priorité, dans une logique de maintien à domicile des personnes âgées mais également face au risque d'épuisement des futurs ou actuels retraités que sont les aidants. La CNAV en a d'ailleurs fait l'un des axes du PAPA, décliné par plusieurs régions (Auvergne, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, Pays-de-la-Loire...) avec la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).

L'étude menée actuellement par l'ODAS avec le soutien de la CNSA<sup>(3)</sup> confirme également l'implication des départements. Sur les 82 départements répondant, 56 déclarent financer des groupes de paroles ou des lieux de rencontres, 54 des temps de répit et 32 de la formation et sensibilisation à la bientraitance. Il est vrai que l'augmentation du coût des services à domicile et donc du reste à charge pour le bénéficiaire, ainsi que la difficulté, sur certains territoires, d'assurer une continuité du service renforceront l'utilité de l'intervention des proches. D'autant plus qu'un maintien à domicile ne peut s'envisager dans des conditions optimales sans un environnement attentif.

Il s'agit donc bien d'un enjeu commun pour les caisses de retraite et les départements qui se traduit actuellement par des partenariats portant sur le

(3) Op. cit. Enquête de l'ODAS page 7.



repérage des aidants et leur information, leur accompagnement (groupes d'échange) ou le déploiement de solutions de répit (plateformes, lieux, séjours...). Une meilleure coordination autour de ces aides pourrait se mettre en place dans le cadre de la participation des départements et des CARSAT aux tables stratégiques du dispositif MAIA où, en tant que co-responsables et co-financiers du déploiement du dispositif, les deux institutions accompagnent le processus d'intégration.

#### I-4. Le développement des modes d'accueil intermédiaire

Comme c'est dorénavant communément admis, si les Français souhaitent majoritairement vieillir à domicile, cette perception du domicile évolue et nécessite de proposer des solutions diversifiées. "Le chez soi pourra être le domicile, adapté ou non [...], le chez soi pourra être aussi un établissement collectif. Le chez soi pourra enfin être un logement que l'on choisit spécifiquement pour vivre les dernières années de sa vie en toute sécurité". Ainsi, la diversification des modes d'accueil et le développement de lieux de vie intermédiaires

entre le domicile et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont dorénavant à l'origine de plusieurs partenariats entre caisses de retraite et départements.

De nombreuses conventions entre les CARSAT et les départements font état non seulement de procédures d'échanges d'expertises sur les projets pour lesquels ils sont financièrement sollicités, mais également de cofinancements accordés à des maîtres d'ouvrage (sous forme de prêts ou de subventions) concernant la transformation, la modernisation ou la création de structures d'hébergement.

Des partenariats sont également mobilisés pour favoriser l'émergence de projets d'accueil ou d'hébergement offrant une alternative nouvelle au "tout domicile" ou au "tout établissement". À l'exemple des maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA), concept initialement développé par la MSA. La visite en Rhône-Alpes a permis de constater l'intérêt porté par le département de l'Ain à ce dispositif dont il accompagne financièrement le déploiement sur son territoire (13 implantations

à ce jour), ainsi que sa promotion auprès des personnes âgées.

En Meurthe-et-Moselle, le département développe avec la CARSAT Nord-Est et un bailleur, le concept de résidences accompagnées : des logements individuels aménagés et adaptés pour permettre aux personnes âgées de demeurer le plus longtemps possible à leur domicile, accessibles au titre du logement social, associés à un lieu d'animations collectives ouvert à tous les habitants de la commune et si besoin à l'accompagnement d'un animateur social, présent à demeure dans la résidence. Un partenariat local avec l'établissement d'hébergement pour personnes âgées permet également d'éventuels accueils de jour. Une première réalisation a vu le jour à Cirey-sur-Vezouze et huit autres devraient être déployées sur le territoire départemental.

## II. L'harmonisation des modes d'analyse et d'observation

Comme en ont témoigné plusieurs interlocuteurs rencontrés dans les caisses de retraite comme dans les départements, la coopération ne peut se limiter à l'articulation des dispositifs ou des actions. Elle doit également s'instaurer à un niveau plus stratégique, dans le cadre de l'élaboration des politiques publiques et permettre de croiser les priorités définies par les schémas des départements et celles des conventions d'objectifs et de gestion (COG) déclinées localement par les caisses de retraite.

Cette dynamique nécessite une connaissance approfondie des besoins et de l'offre existant sur les territoires, ainsi qu'une volonté commune d'articuler les priorités en matière de soutien au vieillissement.

## II-1. Une lecture convergente de la tarification

Les rapports entre caisses de retraite et départements concernant les services d'aide à domicile (SAAD) se sont souvent cristallisés sur la question de la tarification de ces derniers, certains départements s'irritant d'assumer, via la reprise des déficits, des difficultés financières qu'ils estiment générées par la CNAV dont les tarifs seraient inférieurs à la réalité des coûts de revient moyens.

Si les échanges avec les départements (dans le cadre de la Commission Autonomie de l'ODAS et lors des visites sur site) ont confirmé le caractère sensible du sujet, certains ont cependant noté la nécessité de faire évoluer la réflexion autour du contenu et de la diversité des prestations proposées. D'autant qu'il a été constaté une réelle diversité des pratiques. Ainsi, dans l'Allier et la Lozère, les tarifs pratiqués par les départements sont plus importants que ceux de la CNAV. Dans le Rhône, où les services agréés sont nombreux, le tarif de référence du département est inférieur au tarif national de la CNAV. Dès lors, il pourrait être utile de réaliser un référentiel de coûts du secteur des SAAD et de déterminer une approche de tarification en adéquation avec cette étude de coûts.

Ainsi des réflexions sont en cours à la CNAV comme dans les départements pour repenser la tarification des SAAD. L'Assemblée des départements de France (ADF) mène actuellement une expérimentation avec onze départements dont les Côtes-d'Armor et le Doubs. Ce dernier s'est engagé dans une démarche de tarification globale au forfait, dans le cadre de conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens (CPOM) signées avec les SAAD volontaires et d'une forfaitisation sur l'année



© Getty Images

de la participation des bénéficiaires. De son côté, la CNAV s'apprête à expérimenter un bouquet de services forfaitisé en fonction du niveau de fragilité de la personne incluant des prestations plus diversifiées que celles d'aide à domicile. Cette expérimentation, à laquelle certaines des CARSAT rencontrées ont manifesté le désir de participer, à l'exemple de celle de Rhône-Alpes, pourrait se mettre en place dans les départements déjà engagés dans la logique de tarification globale, avec la participation de quelques services à domicile volontaires. Elle permettrait de revisiter le contenu de l'accompagnement à domicile et d'en élargir le champ.

Les deux institutions tendent donc à instaurer un dialogue de gestion avec les services à domicile et il pourrait être opportun d'engager avec les départements expérimentateurs une réflexion sur les articulations possibles. C'est ce qu'envisagent, entre autres, l'ADF et la CNAV, en proposant aux départements des Côtes-d'Armor, du Doubs et du Pas-de-Calais d'expérimenter, dans les prochains mois, une collaboration renforcée avec les CARSAT de leurs territoires.

Cette démarche autour d'une politique commune de tarification pourrait également s'articuler avec la réflexion sur la qualité des SAAD, qu'il s'agisse de

formation du personnel ou du développement d'outils comme la télétransmission et la télégestion. Des partenariats en ce sens existent déjà entre certaines caisses de retraite et des départements, comme en témoignent les 16 citations relevées dans les informations remontées à la CNAV par les CARSAT. C'est le cas dans les Pays-de-la-Loire où une convention tripartite associe l'ARS, les cinq départements de la région et la CARSAT, dans le cadre du fonds de restructuration des SAAD, pour la mise en place en 2014 d'une plateforme de télétransmission des éléments de facturation des SAAD, qui favoriserait un paiement plus rapide de leurs prestations. La prévention des risques professionnels est aussi l'occasion d'actions communes, voire de cofinancements, de cycle de formation ou de soutien méthodologique.

Ces politiques impliquent également une connaissance partagée de l'ensemble des services intervenant en matière d'aide à domicile, à développer entre autre à l'occasion des contrôles effectués, y compris auprès des structures agréées. Certains départements, comme l'Oise, ont d'ailleurs mis en place ce type de partenariat en matière d'échange d'informations et de contrôle conjoint avec la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE). Une veille tripartite, sur la base des contrôles effectués et des retraits d'agréments qu'ils ont pu générer, est actuellement en projet sur deux départements franciliens, la Seine-et-Marne et le Val-d'Oise<sup>(4)</sup>. Cette mutualisation permettrait de mettre en synergie les compétences propres de chaque institution.

## II-2. La connaissance partagée des besoins et de l'offre

Ce souci de connaissance partagée ne se limite pas aux seuls services à domi-

cile. CARSAT et départements ont en effet développé chacun séparément des outils destinés à mieux cerner les besoins auxquels ils doivent répondre et l'offre dont ils disposent sur leur territoire.

Dans une récente enquête sur l'observation sociale départementale<sup>(5)</sup>, l'ODAS a constaté que la quasi-totalité des départements étaient désormais engagés, quoique de manière inégale, dans des démarches d'observation soit sectorielles, soit territoriales, soit totalement transversales. Ces démarches se traduisent d'une part par des diagnostics de territoires (signalés par 65 % des départements) qui vont de paire avec la territorialisation des politiques départementales (adapter la réponse départementale à la réalité locale), d'autre part par des schémas, traditionnellement sectoriels (autonomie, enfance, insertion) mais qui commencent à évoluer vers des schémas uniques d'action sociale, avec la volonté explicite d'exprimer une cohérence d'orientation. Ainsi, 37 % des départements sont engagés dans une démarche permanente d'observation en matière d'autonomie et 54 % dans une démarche plus transversale. De plus, des mutualisations d'informations se pratiquent déjà avec les systèmes d'observation des partenaires. Par exemple, 60 % des départements échangent des données dans le cadre des analyses des besoins sociaux (ABS) des CCAS et 45 % partagent ces analyses. La moitié des départements échange également des données avec les plateformes régionales d'observation sociale organisées par l'État et 35 % y participent.

De leurs côtés, la CNAV et la CNAM mettent en place, dans le cadre de leur

stratégie commune de prévention des risques de vieillissement en faveur des populations fragilisées et des déclinaisons locales du plan PAPA, des observatoires des situations de fragilités, expérimentés entre autres en Languedoc-Roussillon et étendus progressivement aux autres CARSAT. Cet outil vise : d'une part à repérer les risques de fragilité des assurés et notamment des seniors pour promouvoir le plus précocement possible des actions de prévention adaptées aux besoins de ces personnes en vue du maintien de leur autonomie et d'autre part à identifier les territoires prioritaires d'intervention afin de développer des actions concertées au niveau local. Le concept de fragilité territoriale a été défini sur la base d'un indicateur composite, issu des bases de données de la CARSAT, de l'inter-régime (CNAV – CCMSSA – RSI) et du réseau Assurance Maladie du régime général, prenant en considération des facteurs de risque

**“L'observatoire des fragilités initié par la CARSAT nous a permis d'objectiver des ressentis sur certains territoires et d'en tenir compte dans la construction de notre schéma unique. Et si la CARSAT a pu être dérouterée par cette démarche transversale, aujourd'hui, elle s'associe aux réflexions sur sa mise en œuvre.”**

Valérie Kremski, directrice générale adjointe, Conseil général de la Lozère

économiques et d'isolement social (minimum vieillesse, exonération de la CSG, statut matrimonial). Les offres d'actions collectives de prévention des risques du vieillissement répertoriées sont celles conduites et/ou financées par l'inter-régime. Cette approche permet ainsi d'obtenir des diagnostics de territoire à l'exemple du rapport sur la

(4) Voir le rapport de stage de direction de Nicolas Navarro, EHESP, 2013 : “Le renforcement du partenariat entre la DASIF et les conseils généraux : indication de bonnes pratiques et axes d'amélioration”.

(5) Enquête de l'ODAS de 2012 sur l'observation sociale départementale. Non publiée.

fragilité des seniors dans le canton de Saint-Amans, en Lozère, repéré comme canton à risque fort de fragilité.

Ces démarches parallèles d'observation ont donc conduit un certain nombre de départements à travailler avec la CARSAT (huit citations d'observation partagée). Le département de l'Aveyron a ainsi développé un dispositif d'observation territoriale auquel la CARSAT Midi-Pyrénées collabore. Mais un des exemples le plus construit de collaboration est celui des Yvelines, avec la volonté commune de l'État et du département d'élaborer ensemble une observation sanitaire et sociale du soutien à l'autonomie. Ce développement d'une culture de l'observation partagée peut alors se concrétiser dans le cadre de la conception d'outils stratégiques que sont les schémas.

### II-3. La complémentarité des politiques en faveur de l'avancée en âge

Ainsi, dans de nombreux départements, une collaboration effective s'est instaurée dans le cadre de l'élaboration des schémas départementaux. La CARSAT est étroitement associée (coproductrice) à la préparation de près de la moitié (43 %) des schémas "autonomie" ou "personnes âgées".

Plusieurs caisses de retraite régionales ont participé en amont à la réflexion des groupes de travail et leur contribution constitue un réel atout pour développer le volet prévention. C'est le cas par exemple dans l'Ain, dans le Nord ou dans les Côtes-d'Armor. En Lozère, si l'élaboration d'un schéma unique a pu dérouter la CARSAT, habituée à travailler par public, cette dernière a cependant participé aux travaux préparatoires et a rapidement trouvé la cohérence avec ses propres orientations. Cette collaboration se prolonge aujourd'hui au sein des groupes de travail thématiques, en charge de décliner opérationnellement les axes du schéma ; elle répond à la volonté politique du président du conseil général et est articulée avec les orientations de la COG de la CNAV.

La démarche de concertation sur les politiques dépasse cependant le cadre des schémas. Elle est particulièrement articulée dans les Pays-de-la-Loire : CARSAT et départements se rencontrent et échangent sur les axes prioritaires de leurs politiques, sur les moyens alloués, sur les problèmes identifiés de collaboration. Des multipartenariats sont construits ou en cours de construction avec selon les sujets l'ARS, l'ANAH, des agglomérations et communautés

de communes sur l'ensemble des thématiques s'inscrivant dans les priorités réciproques des deux institutions (la restructuration des services d'aide à domicile, le soutien aux CLIC, l'amélioration de l'habitat...).

L'existence de coordinations gérontologiques associant ARS, CARSAT, départements et éventuellement d'autres partenaires, contribue aussi à l'harmonisation des politiques, comme c'est le cas en Rhône-Alpes. Les instances départementales de coordination gérontologique du Loir-et-Cher ou de l'Indre-et-Loire vont dans le même sens.

La mobilisation active de la CARSAT aux tables stratégiques des MAIA peut être un autre facteur de cohérence des politiques. Tel est le cas dans plusieurs départements d'Auvergne ou d'Île-de-France. Le groupe d'analyse des pratiques pour l'examen des situations à risque des personnes âgées est par exemple un espace de réflexion partagée entre le département de l'Allier et l'hôpital de Vichy.

Ce travail de concertation ne peut que favoriser une meilleure intégration des priorités de chacun des partenaires, afin de rationaliser les dispositifs dans une logique d'égalité de traitements entre territoires et entre personnes âgées.

## CONCLUSION

Alors que l'accroissement des contraintes respectives des caisses de retraites et des départements aurait pu laisser craindre plus d'éloignement entre les institutions, cette étude a permis au contraire de repérer des dynamiques, témoignant d'une volonté partenariale renouvelée. Ces coopérations restent cependant fragiles, parfois ponctuelles ou limitées à quelques thématiques spécifiques et

encore trop dépendantes de la qualité des liens interpersonnels existant entre les équipes. Si leur plus-value ne semble plus remise en cause, il apparaît donc nécessaire de mieux les structurer, en leur offrant un cadre national souple favorisant les adaptations locales. C'est le sens de l'expérimentation qui sera prochainement lancée par la CNAV et l'ADF auprès d'une demi-douzaine de départe-

tements et des CARSAT correspondantes et qui pourrait s'enrichir des constats et préconisations issus de cette étude.

Ce renforcement des liens s'envisage dans un contexte de rapprochement inter-branche d'une part et inter-régime d'autre part développé par les caisses de retraite. Si le premier peut favoriser, dans le cadre d'échange de données

(observatoire de la fragilité) ou d'actions communes (PAPA) une meilleure articulation entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, la seconde, qu'il s'agisse de dispositifs de prévention ou d'évaluation conduits conjointement par la CNAV, la MSA et le RSI, offrent à leurs partenaires, et aux départements en particulier, l'avantage d'un interlocuteur unique sur le territoire. Cette coordination inter-régime se traduit aujourd'hui par la conception d'une identité commune aux trois caisses en matière d'offre d'actions collectives de prévention, la définition d'un outil complémentaire d'évaluation commun permettant d'objectiver et de graduer le risque de fragilité ou encore l'expérimentation, élargie à plusieurs territoires, d'une nouvelle approche de l'aide à domicile dans une logique de panier de services. Cette démarche volontariste au niveau national ne pourra cependant ignorer les spécificités des caisses locales et une implication en matière de coopération très hétérogène selon les territoires.

Parmi les initiatives qui ont été identifiées lors de cette étude, quelques-unes semblent particulièrement prometteuses. Ainsi, alors que la fluidité dans l'accès aux dispositifs est au cœur des réflexions engagées autour de la notion de parcours, voire de "parcours attentionné", l'articulation entre les aides individuelles servies par les caisses de retraite ou par les départements pourrait s'améliorer grâce à la généralisation d'une reconnaissance mutuelle des évaluations. Cette reconnaissance, déjà en place sur certains territoires, gagnerait à évoluer progressivement, selon les situations initiales, de la simple appréciation commune du "girage" vers une reconnaissance réciproque des besoins puis des plans d'aide qui en découlent, laissant cependant toute latitude à chacune des institutions pour déterminer l'éligibilité ou non du demandeur. Un outil natio-

nal d'évaluation unique, élaboré conjointement par les caisses de retraite, la CNSA et les départements dans une recherche d'opérationnalité pour les équipes d'évaluation, et intégrant des critères de fragilité en complément de la grille AGGIR, permettrait de soutenir cette évolution. Sa mise en œuvre nécessite cependant d'accorder une attention toute particulière à l'information et la formation commune des évaluateurs, afin qu'ils partagent la même approche des critères retenus, qu'ils intègrent les logiques propres à chaque institution et acquièrent une culture commune.

Deux autres orientations pourraient également favoriser une meilleure prise en charge individuelle. La première porte sur les situations identifiées comme facteurs de rupture dans les parcours des personnes âgées et tout particulièrement les sorties d'hospitalisation. Au-delà d'une nécessaire articulation avec le secteur sanitaire, le dispositif de l'aide au retour d'hospitalisation de la CNAV, dont le déploiement en inter-régime est envisagé, à l'exemple de certaines régions pionnières (la Bourgogne et la Franche-Comté avec le GIE-IMPA), pourrait être mobilisé en priorité, dans le cadre d'un accord conventionnel avec les départements. En contrepartie, ces derniers s'engageraient à traiter dans un délai réduit (15 jours), comme le font déjà certains d'entre eux, l'attribution de l'APA aux demandeurs présumés GIR 4 à 1.

La seconde est celle de l'adaptation du logement, élément pouvant être pris en compte dans les prestations servies tant par les caisses de retraite que par les départements. Cette préoccupation est en effet commune aux deux institutions qui y voient un facteur essentiel du maintien à domicile en autonomie. Alors que CARSAT, MSA et départements interviennent déjà en complé-

mentarité aux aides de l'ANAH, dans le cadre des contrats locaux d'engagements sur le volet de la précarité énergétique, cette articulation en faveur des personnes âgées pourrait être optimisée en incitant l'ANAH à mieux prendre en compte dans ses critères d'attribution d'une aide celui de la "perte d'autonomie".

La thématique du logement dépasse d'ailleurs le champ des dispositifs individuels pour s'inscrire plus largement dans une logique de prévention. C'est sur ce champ qu'indéniablement une collaboration renforcée entre caisses de retraite et départements peut démontrer toute son efficacité. En effet, pour répondre à l'évolution de notre société et aux demandes des personnes âgées et de leur famille, chacun admet la nécessité d'œuvrer au recul de l'entrée dans la dépendance en développant une prévention de plus en plus précoce, à l'attention de toutes les personnes avançant en âge. À ce titre, les caisses de retraite ont assurément acquis une véritable expertise et légitimité, sur lesquelles les départements peuvent s'appuyer, sans que cela ne remette en cause leur rôle de chef de file des politiques gérontologiques sur les territoires. Cette priorité accordée à la prévention nécessite cependant d'optimiser d'un commun accord les dispositifs d'information et d'orientation de l'ensemble des retraités. Ces orientations, partagées par les caisses de retraite et les départements devraient dès lors se traduire par une approche concertée des politiques d'avancée en âge et l'élaboration d'axes stratégiques partagés, comme le prouve déjà la participation, à encourager, de certaines caisses de retraite à l'élaboration des orientations prospectives des départements au sein de leurs schémas. Une approche stratégique concertée qui ne pourra prospérer qu'en s'appuyant sur des démarches d'observation commune, afin de développer une connaissance partagée des besoins.

Cette concertation est particulièrement souhaitable vis-à-vis des services d'aide et d'accompagnement à domicile, alors que des réflexions se sont déjà engagées au niveau national pour faire face aux difficultés de ce secteur. Ainsi, les démarches concomitantes menées d'une part par les départements en matière de tarification globale, et d'autre part par la CNAV et la MSA autour d'un panier de service élargi et forfaitisé, tendent l'une et l'autre à instaurer une nouvelle approche de l'accompagnement à domicile, entre exigence de qualité, rigueur financière

et autonomie plus large dans la mise en œuvre des plans d'aides. Cette évolution permettrait de mettre en synergie les compétences propres de chaque institution.

Ces partenariats auront à s'inscrire dans une démarche d'action sociale globale, en s'efforçant de mieux articuler les aides individuelles apportées aux moins autonomes dans une logique de parcours, mais surtout de construire des objectifs stratégiques communs privilégiant une politique coordonnée de prévention, au plus près des terri-

toires et de leur capacité à mobiliser chaque volonté citoyenne.

Des orientations qui ne pourront être structurantes que si elles se situent dans la volonté de développer un nouveau regard sur l'avancée en âge et la nécessité de travailler sur une nouvelle place et un nouveau rôle pour les personnes dites âgées dans notre société. Un changement de paradigme durable le jour où chacun considérera, comme dans le proverbe africain, qu'un "vieillard qui s'éteint, c'est une bibliothèque qui brûle". ■

## GLOSSAIRE

**ABS** : analyse des besoins sociaux

**ADF** : Assemblée des départements de France

**AGGIR** : grille "autonomie gérontologie groupes iso-ressources"

**ANAH** : Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat

**APA** : allocation personnalisée d'autonomie

**ARDH** : aide au retour d'hospitalisation à domicile

**ARS** : agence régionale de santé

**ASIR** : aide aux situations de rupture

**CARSAT** : caisses d'assurance retraite et de la santé au travail

**CCAS** : centre communal d'action sociale

**CLE** : contrats locaux d'engagements

**CLIC** : centre local d'information et de coordination gérontologique

**CNAM** : Caisse nationale d'assurance maladie

**CNAV** : Caisse nationale d'assurance vieillesse

**CNIL** : Commission nationale informatique et liberté

**CNSA** : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

**COG** : convention d'objectifs et de gestion

**CPOM** : convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens

**CSG** : contribution sociale généralisée

**DIRECCTE** : direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

**EHPAD** : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

**GIE-IMPA** : groupement d'intérêt économique "ingénierie maintien à domicile des personnes âgées"

**GIR** : groupe iso-ressources

**GCSMS** : groupement de coopération sociale ou médico-sociale

**HCAAM** : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

**MAIA** : maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

**MARPA** : maisons d'accueil rurales pour personnes âgées

**MDA** : maison départementale de l'autonomie

**MDPH** : maisons départementales des personnes handicapées

**MDR** : maison du Rhône

**MSA** : Mutualité sociale agricole

**ODAS** : Observatoire national de l'action sociale

**PAERPA** : parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

**PAP** : plan d'action personnalisé

**PAPA** : plan de préservation de l'autonomie des personnes âgées

**PCH** : prestation de compensation du handicap

**PGI** : pôle de gérontologie interrégional

**PRADO** : programme de retour à domicile

**PRIF** : Prévention retraite Île-de-France

**RSI** : Régime social des indépendants

**SAAD** : service d'aide à domicile

**UTAS** : unité territoriale d'action sociale

Ce Cahier est une publication de l'Observatoire national de l'action sociale : 250 bis, boulevard Saint-Germain 75007 Paris

Tél. : 01 44 07 02 52 – Fax : 01 44 07 02 62 – [www.odas.net](http://www.odas.net)

Directeur de la publication : Jean-Louis Sanchez

Édition : Joachim Reynard



Ce cahier a été conçu grâce au concours gracieux du JAS pour la relecture du texte et la réalisation de la maquette.

Contact : 01 53 10 24 10 – [www.lejas.com](http://www.lejas.com)

