



l'Observatoire national  
de l'action sociale décentralisée

# 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,  
sous la direction de Jean-Louis SANCHEZ.

En partenariat avec  
la CNAV, la MSA et le RSI



Avec le soutien du ministère  
des affaires sociales et de la santé





# Optimiser le soutien à domicile des personnes âgées

**Étude réalisée par Estelle CAMUS, Catherine LHERITIER,  
Claudine PADIEU et Didier LESUEUR,  
sous la direction de Jean-Louis SANCHEZ.**

Pour une meilleure complémentarité  
entre caisses de retraite et départements

Éditions ODAS

© Odas - Dépôt légal 2014  
Édition : Joachim Reynard

# Sommaire

<b>Avertissement</b>	<b>5</b>
<b>Introduction</b>	<b>7</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE</b>	
<b>La recherche des complémentarités</b>	<b>9</b>
<b>I - Des évolutions réglementaires favorables</b>	<b>10</b>
<b>II - Des logiques institutionnelles différentes</b>	<b>13</b>
<b>III - Des dynamiques convergentes</b>	<b>16</b>
<b>DEUXIÈME PARTIE</b>	
<b>Vers une plus grande fluidité des dispositifs individuels</b>	<b>19</b>
<b>I - Améliorer l'articulation entre PAP et APA</b>	<b>22</b>
- La dévolution des évaluations à une structure unique	22
- Vers une reconnaissance mutuelle	24
- Information et formation, facteurs indispensables de la fluidité	26
<b>II - Favoriser plus globalement le maintien à domicile</b>	<b>31</b>
- Vers une prise en compte conjointe des situations de rupture	31
- Une démarche concertée sur l'aménagement du logement	34
<b>TROISIÈME PARTIE</b>	
<b>« Bien vieillir » : des stratégies communes à partager</b>	<b>37</b>
<b>I - Accompagner l'avancée en âge</b>	<b>38</b>
- Assurer une information cohérente à tous les retraités	38
- Articuler les démarches de prévention au plus près des territoires	40
- Soutenir les aidants	41
- Favoriser le développement de modes d'accueil intermédiaire	42

<b>II - Des stratégies au service d'une dynamique partenariale</b>	<b>45</b>
- Harmoniser et mutualiser les rapports avec les SAAD	45
- Développer la connaissance des besoins et de l'offre	48
- Vers une approche concertée des politiques en faveur de l'avancée en âge	50
<b>Conclusion</b>	<b>52</b>
<b>Annexes</b>	<b>57</b>

## Avertissement

L'étude sur « le soutien à domicile des personnes âgées : pour une meilleure complémentarité entre les Caisses de retraite et les Départements sur les territoires » a été conduite par l'Observatoire national de l'Action Sociale décentralisée (ODAS), avec la collaboration de la Caisse nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) de décembre 2012 à juin 2013. Cette étude est soutenue par l'inter-régime des Caisses de retraite.

Elle s'est attachée d'une part à identifier, dans le cadre des partenariats existants, les pratiques permettant une réponse adaptée à l'environnement et au besoin des personnes, puis à 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 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 (annexe 1) :

- Nature et objet des conventions existantes
- Modalité de traitement des demandes de prestations
- Mode de coopérations et nature des projets en cours

L'ODAS a complété cette information par des éléments de l'enquête nationale qu'elle mène actuellement avec le soutien de la Caisse nationale de soutien 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. Bien qu'encore incomplètement renseignées (68 Départements répondant sur 96 au 31 mai 2013), les questions posées ont permis de préciser l'effectivité des relations Caisses de retraite/Départements et d'objectiver certains besoins.

Parallèlement, des visites sur sites ont été conduites dans six Départements (annexe II) :

- Quatre sélectionnés pour l'étude, en raison de leur diversité géographique, démographique, sociale ou politique, et de l'existence de partenariats structurés avec les Caisses de retraite, plus particulièrement CARSAT et Caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA) : l'Allier, le Doubs, le Rhône et la Lozère.
- Deux supplémentaires, inscrits dans l'étude conduite avec le soutien de la CNSA, que la programmation des visites permettait de prendre en compte : 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 CARSAT et des MSA, ainsi qu'avec les autres acteurs de la coordination gérontologique : Centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC), services d'aide à domicile, pilotes Maison pour l'autonomie et l'intégration des Malades Alzheimer (MAIA), Agence régionale de santé (ARS)... (Annexe III).

Des entretiens plus ponctuels ont permis de préciser des données repérées lors de l'analyse des conventions transmises par les CARSAT : d'une part avec la Direction de l'Action sociale d'Île-de-France (DASIF) et de la CARSAT Nord-Est, d'autre part avec les Directeurs généraux adjoints ou Directeurs de l'Autonomie de sept autres Départements (annexe III).

Enfin, 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 (annexe IV).

# Introduction

Vivre plus longtemps tout en vieillissant le mieux possible est devenu un enjeu majeur pour la société française. En effet, comme ses voisins européens, notre pays est confronté depuis plusieurs années à une véritable « révolution de l'âge ». 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.

Cette profonde mutation impose avant tout une réflexion plus globale sur la place et le rôle des personnes vieillissantes dans notre société, qui associe encore trop souvent avancée en âge et perte d'autonomie, dans une vision dégradante du vieillissement.

Or, comme le soutient l'Observatoire national de l'action sociale (ODAS) depuis de nombreuses années, l'âge de la retraite, limite administrative est devenue une barrière des âges. Rien n'est plus paradoxal que de parler de « soutien aux personnes âgées » à propos de personnes qui n'en ont souvent aucun besoin et qui au contraire pourraient, et souhaitent pour beaucoup, être utiles aux autres, fortes de leurs expériences et de leur connaissance. Dans une société dont un tiers de la population sera, demain, sexagénaire, il serait même hasardeux de persévérer dans d'anciens schémas.

La part croissante des « anciens » dans la population doit donc être envisagée comme une chance, non seulement sur le plan économique, du fait des besoins nouveaux qu'ils suscitent, notamment en matière de services, mais également du point de vue de la société, par leur rôle essentiel comme facteur d'identité collective, de transmission et de soutien au lien social. D'autant que cette société a bien besoin de se mobiliser pour lutter contre les effets de la précarité relationnelle (le repli sur soi et l'individualisme) et de la précarité identitaire (la perte des repères), tout aussi prégnants que ceux de la précarité éco-

nomique. En favorisant l'utilité et la reconnaissance sociale des « anciens » et la place qu'ils peuvent prendre dans cette lutte, c'est aussi eux qui sont soutenus tant cela contribue à leur « bien vieillir ». Il est donc prioritaire de favoriser cette autonomie des personnes âgées, dans le respect de leur choix de vie, afin de leur permettre de rester le plus longtemps possible des citoyens actifs.

Mais l'ampleur de l'avancée en âge conduit inévitablement à s'interroger aussi sur le rôle de la solidarité nationale vis-à-vis des plus fragiles et sur la capacité des institutions à accompagner, lorsqu'elle survient, la perte d'autonomie de ces personnes, au-delà de la barrière de l'âge et de celle des dispositifs.

Départements et Caisses de retraite sont aujourd'hui au cœur de cette mission, les uns étant en charge du service des prestations d'autonomie auprès de leur population et ayant été désignés, dans le cadre des lois de décentralisation, chef de file de l'action gérontologique sur leur territoire, les autres ayant mis en place à l'attention de tous leurs bénéficiaires une politique d'action sociale majoritairement orientée vers la prévention de la perte d'autonomie. Leurs prérogatives respectives ont donc conduit les Départements et les Caisses de retraite à développer des complémentarités, tant en matière de prise en charge individuelle des personnes, que dans le cadre d'actions collectives, le plus souvent réalisées en partenariat avec les autres acteurs de l'action sociale.

L'ODAS a proposé de mener une étude, avec le soutien de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et de l'inter-régime des Caisses de retraite, afin de repérer des procédures de coopération déjà existantes et des pratiques inspirantes, puis d'analyser les modalités de ces coopérations dans une perspective de généralisation. Ce travail a notamment été conduit à partir de l'expérience acquise dans quelques Départements.

Cette restitution s'efforce donc, après avoir rappelé l'évolution du contexte réglementaire, stratégique et institutionnel dans lequel s'inscrivent les partenariats, d'identifier les facteurs d'un meilleur accompagnement des personnes et de proposer des pistes d'évolution tant opérationnelles que stratégiques.

## Première partie

### La recherche des complémentarités

Les 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), ont depuis de longues années un rôle indispensable dans l'accompagnement de l'avancée en âge des personnes retraitées, au travers de leurs politiques d'action sociale. Mais en confiant l'organisation de l'offre de service et le soutien des personnes âgées les plus dépendantes aux Départements, le législateur a cherché à davantage articuler la protection sociale avec la solidarité de proximité afin de répondre aux souhaits du plus grand nombre de rester au domicile le plus longtemps possible. Cette construction progressive, d'abord avec la mise en place d'une prestation d'aide sociale - la prestation spécifique dépendance (PSD) - puis la création d'une prestation universelle - l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) - conduit l'ensemble des acteurs à rechercher des complémentarités. Il en résulte depuis une quinzaine d'années, de profondes évolutions réglementaires et institutionnelles ainsi que l'émergence de dynamiques partenariales potentiellement convergentes.

# I - Des évolutions réglementaires favorables

Les relations entre Caisses de retraite et Départements en faveur des personnes âgées trouvent leurs origines dès 1997 avec la mise en œuvre de la PSD, avant de s'inscrire dans le cadre de la loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées.

En effet, la loi du 24 janvier 1997 instaurant une Prestation Spécifique Dépendance (PSD), servie par les Départements aux personnes âgées les plus dépendantes (GIR 1 à 3)<sup>1</sup>, incite les Caisses de retraite et les Départements à coordonner le service de leurs prestations, partenariat déjà amorcé lors d'une première expérimentation d'aide aux personnes âgées dépendantes (PED) lancée en 1994 avec une douzaine de Départements. La loi prévoit que des conventions soient conclues entre les Départements et les organismes locaux de sécurité sociale<sup>2</sup> (ex CRAM) afin de favoriser la coordination, l'instruction et le suivi des prestations servies aux personnes âgées. Plus de la moitié des conventions signées alors instaurent des concertations en matière d'évaluation et vont jusqu'à mettre en place des équipes conjointes d'instruction et d'évaluation des besoins. Une étude sur la mise en œuvre de la PSD conduite par l'ODAS, confirme, à l'aune des effets prometteurs des premières coopérations mises en place<sup>3</sup>, l'intérêt pour toutes les parties de mener une instruction commune à l'ensemble des demandeurs d'aide.

---

<sup>1</sup> Conçue dans les années 90, la grille AGGIR permet d'évaluer le degré de dépendance ou d'autonomie des personnes âgées puis d'établir leur éligibilité à l'APA à travers un classement dans six groupes iso-ressources, des plus dépendantes (GIR 1) aux peu ou pas dépendantes (GIR 6). Seuls les 4 premiers groupes ouvrent droit à l'allocation.

<sup>2</sup> Il s'agit alors des Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), ces dernières ayant évolué dans leurs missions et leur dénomination avec la loi Hôpitaux, Patients, Santé, Territoires de juillet 2009, en Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT); celles-ci, au nombre de 16, sont implantées régionalement.

<sup>3</sup> La PSD un an après: premières tendances, Les Cahiers de l'ODAS, janvier 1998

La loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, complétée par l'article 56 de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés individuelles et responsabilités locales, va confirmer cette amorce de coordination. Alors que la création de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) a pour effet de transférer sous la compétence des Départements les personnes âgées évaluées GIR 4, jusqu'alors relevant de l'action sociale de la branche retraite, la loi de 2001 et les textes réglementaires qui l'accompagnent incitent les ex CRAM et les Départements à poursuivre leurs partenariats, dans la continuité des conventions conclues depuis 1997. Avec la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales qui positionne les Départements comme chef de file de l'action gériatologique, cet outil conventionnel est logiquement appelé à s'élargir à l'ensemble des politiques en faveur des personnes âgées, au-delà donc de la seule mise en œuvre des prestations, dans le cadre de partenariats liant les différents acteurs aux Départements.

Il n'est donc pas surprenant de retrouver la marque de ces évolutions, voire de leur anticipation, dans la formalisation des partenariats. En effet, les conventions signées depuis 2001 entre les Caisses de retraite et les Départements offrent une grande diversité, tant dans leur durée que dans leurs objets ou leur application réelle, comme le confirment les informations remontées par chaque CARSAT dans le cadre du questionnaire initié par la CNAV. Certaines conventions, dans la lignée de celles signées à partir de 2001, portent essentiellement sur les dispositifs d'aide individuelle. En particulier à travers la mise en œuvre opérationnelle des évaluations; les reconnaissances mutuelles de ces évaluations lorsque des équipes autres que celles du Département (Centres d'information et de coordination gériatologique - CLIC, prestataires spécifiques...) évaluent pour le compte des CARSAT; ou l'élaboration des plans d'action. D'autres, à visée plus stratégique, couvrent tout le champ de l'action gériatologique, incluant des échanges d'informations sur les services d'aide à domicile, la promotion et le cofinancement d'actions collectives de prévention, de projets

relatifs aux lieux de vie collectifs, à l'aide aux aidants... Certaines de ces conventions impliquent également d'autres partenaires, tels que l'agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH) ou les centres sociaux, pour la mise en œuvre d'actions ou de dispositifs ciblés. Enfin, si plusieurs conventions issues de la loi de 2001 sont depuis tombées en désuétude, ou ont même été dénoncées, des Départements travaillent aujourd'hui à leur renouvellement, parfois dans une logique de rapprochement entre les différents régimes de retraite, à l'exemple de la convention cadre signée entre le Département du Nord, la CARSAT et la MSA.

## II - Des logiques institutionnelles différentes

La mise en œuvre de l'APA et surtout ses effets induits ont cependant eu pour conséquence, dans un premier temps, de distendre les relations entre Caisses de retraite et Départements. Le transfert des personnes âgées relevant d'un GIR 4, puis la forte montée en charge qui s'en est suivie, embolisent alors l'action des Départements et les amènent à privilégier le service de la prestation. D'autant que la croissance exponentielle des bénéficiaires de l'APA impacte durablement les finances départementales comme le constatent les études annuelles de l'ODAS sur les dépenses d'actions sociales des Départements. De 2003 à 2012, la dépense d'APA a augmenté de 67 %, alors que le financement apporté par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'autonomie (CNSA) n'augmentait que de 11 %, diminuant en conséquence son taux de participation à la dépense de 43 % à 28 %<sup>4</sup>.

De leur côté, les Caisses de retraite, qui ont vu leurs moyens réduits du fait du transfert des GIR 4, 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. Ces dernières enregistrent une hausse importante liée non seulement au report des personnes âgées déboutées de l'APA, mais aussi aux conséquences de l'évolution démographique. Ainsi, en 2011 les demandes émanant des retraités auprès des CARSAT ont enregistré une hausse de 16 %, alors que pour la même année, le budget du Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale en faveur des personnes âgées (FNASSPA) de la CNAV n'augmentait que de 2,7 %.

---

<sup>4</sup> *Les dépenses d'action sociale départementales en 2012 : un très inquiétant effet de ciseaux*, Lettre de l'ODAS, juin 2013

Les Caisses de retraite ont donc été conduites à repositionner leur politique d'action sociale, comme le traduisent les dernières Conventions d'objectifs et de gestion (COG) signées avec l'État tant par la CNAV que par la MSA et déclinées localement au sein des 16 CARSAT et des 35 caisses régionales de la MSA.

Ainsi, depuis 2005, la CNAV a ciblé sa politique d'action sociale vers les retraités les plus fragilisés (précarité économique, état de santé, isolement social, appartenance à des publics spécifiques) et elle a également fait de l'« amplification et la structuration des politiques de prévention de la perte d'autonomie » une priorité. La COG qui s'achève (2009-2013) a renforcé cette politique en la déclinant graduellement autour de trois axes : informer et conseiller l'ensemble des retraités ; proposer, si possible en inter-régime, des actions collectives de prévention à ceux confrontés aux premières difficultés ; et, pour les plus fragiles bien qu'encore autonomes, évaluer globalement leurs besoins et y répondre par un plan d'aide personnalisé.

De son côté la MSA, dès sa première COG avec l'État en 2007, s'est aussi engagée dans une politique volontariste afin de prévenir les effets du vieillissement. La COG 2011-2015 qui renforce l'accent mis sur la prévention et impulse une véritable démarche développement social<sup>5</sup> afin de « lutter contre l'isolement et soutenir les solidarités autour des retraités sur les territoires les plus défavorisés ».

---

<sup>5</sup>Développement social : mode de traitement territorial visant au maintien actif dans notre société des populations fragilisées non seulement par la précarité matérielle ou la différence culturelle, mais aussi par l'âge, le handicap, l'isolement, etc. Cette approche pourrait être définie comme une nouvelle réponse publique visant à irriguer l'ensemble des politiques publiques d'une aspiration volontariste à la reconstruction du lien social. Il ne s'agit pas seulement d'accompagner des personnes en situation de précarité par la voie d'actions collectives, mais bien de s'appuyer sur l'ensemble des forces vives d'un territoire pour en renforcer la cohésion. Ainsi cette référence forte au territoire permet-elle d'enraciner le lien social dans une communauté de projet.

Ces priorités se sont traduites d'une part en matière de prise en charge individuelle : le plan d'aide personnalisé (PAP) de la CNAV ou le plan d'accompagnement à domicile de la MSA évolue vers une réponse plus diversifiée que la seule aide ménagère. Elles se concrétisent d'autre part par le développement progressif de programmes d'actions collectives de prévention, inscrites pour certaines dans la logique interbranche du Plan de Préservation de l'Autonomie des Personnes Âgées (PAPA), associant branche retraite (CNAV) et maladie (CPAM), programmes qui incluent progressivement dans une démarche inter-régime les actions développées par la MSA : Ateliers du Bien vieillir et Programme d'Éducation et de Promotion Santé (PEPS) Eurêka. S'y ajoutent également des actions de soutien aux aidants ou le développement de nouvelles formes d'habitat.

Autant d'évolutions qui relèvent d'une logique commune des Caisses de retraite : renforcer la dynamique avec les partenaires, ainsi que la coordination entre régimes de base.

### III - Des dynamiques convergentes

Ces évolutions sont renforcées par une convergence d'initiatives pour encourager la complémentarité des acteurs qui contribuent à améliorer voire renforcer les partenariats entre les Caisses de retraite et les Départements.

La nécessité d'une prévention précoce et multidimensionnelle est désormais identifiée comme une priorité, ainsi que le confirment les rapports remis récemment dans le cadre de la réflexion nationale sur l'adaptation de la société au vieillissement<sup>6</sup>. Ils mettent l'accent sur l'anticipation des difficultés liées à l'avancée en âge : par une prévention individuelle et collective de la perte d'autonomie ; par l'adaptation de notre société et le changement de regard nécessaires pour envisager la personne âgée comme une ressource ; par la priorité au maintien à domicile, lorsque la perte d'autonomie survient.

Parallèlement, un rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie<sup>7</sup> a préconisé, dans une volonté d'efficience et de maîtrise comptable, le développement d'un parcours coordonné de la personne, intégrant non seulement le secteur sanitaire mais également 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. Plusieurs dispositifs dans lesquels sont impliqués les Caisses de retraite et les Départements répondent à cette logique. C'est le cas des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer (MAIA), qui contrairement à leur nom ne sont pas des lieux d'accueil type guichet unique mais une nouvelle forme d'organisation en réseau intégré de partenaires (hôpitaux, médecins traitants, consultation

---

<sup>6</sup> Rapports Jean-Pierre AQUINO, Luc BROUSSY et Martine PINVILLE en vue de la future loi d'adaptation de la société au vieillissement, janvier/février 2013.

<sup>7</sup> Assurance maladie et perte d'autonomie : contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées, HCAAM, juin 2011.

mémoire, réseaux gérontologiques, CLICS) visant à éviter les dysfonctionnements de prise en charge et à fluidifier le parcours des personnes âgées atteintes d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Par ailleurs, une expérimentation, directement inspirée du rapport du HCAAM a également été initiée depuis 2012 sur quelques territoires volontaires autour du parcours de santé des Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA)<sup>8</sup>. Elle doit permettre, dans une logique d'intégration des acteurs et de fongibilité financière, d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et de leurs aidants, d'adapter les pratiques professionnelles et de créer les conditions favorables à la transversalité et la coordination des acteurs.

Les Départements, en tant que chef de file gérontologique, s'inscrivent eux aussi de plus en plus dans ces logiques de transversalité, de coordination et de prévention, comme en témoignent leurs schémas. Une récente étude de l'association nationale des Centre régionaux d'études, d'action et d'information, en faveur des personnes en situation de handicap ou d'inadaptation (CREAI)<sup>9</sup>, consacrée à une analyse comparative des schémas départementaux et des Schémas régionaux d'organisation médico sociale (SROMS) confirme que sur les 94 départements investigués, 67 schémas font mention d'une thématique prévention au sein de leur fiches actions.

Bien que bon nombre des schémas départementaux soient actuellement en cours de renouvellement, ceux des Départements visités intègrent également des orientations en matière de prévention (meilleur accès à l'information, développement d'actions de

---

<sup>8</sup>Article 70 de la Loi de Finances de la Sécurité Sociale 2012 et Article 41 de la Loi de Finances de la Sécurité Sociale 2013.

<sup>9</sup>Jean-Yves BARREYRE, Jean-Yves MARABET, les politiques territoriales en faveur des personnes âgées, à travers les schémas départementaux et régionaux d'organisation médico-sociale, Paris, novembre 2013, p. 28-31.

promotion de la santé ou en faveur du maintien du lien social, soutien aux aidants, adaptation du domicile), conçues en complémentarité et dans le cadre d'une coordination renforcée avec les acteurs traditionnels de cette prévention. Pour l'Allier, la Lozère et le Maine-et-Loire, qui ont déjà effectué la révision de leur schéma dans le cadre de la rédaction d'un schéma unique de la solidarité, la prévention constitue même un axe structurant de leur politique. Cette préoccupation des Départements est également perceptible à la lecture des conventions signées avec la CNSA, dans le cadre de la section IV<sup>10</sup>.

Sur la cinquantaine existante, plus d'un tiers, parmi lesquelles celles de l'Allier, du Doubs et du Rhône, incluent des actions en faveur des aidants (solutions de répit, groupes de parole...). Y sont également mentionnées des actions en faveur du maintien du lien social, de la mobilité, du développement de logements regroupés et adaptés ou de la création de plateformes internet d'information.

Aussi, alors que l'ODAS avait fait, dans une précédente étude<sup>11</sup>, le constat d'une articulation perfectible entre les Caisses de retraite et les Départements, notamment en matière d'observation partagée, de modalité d'évaluation ou d'organisation d'un parcours coordonné de soutien à l'autonomie, ces évolutions récentes constituent autant de facteurs favorables à une plus grande convergence de leurs politiques, et de leurs déclinaisons opérationnelles, en faveur des personnes âgées.

---

<sup>10</sup> Les crédits de la section IV de la CNSA portent sur la modernisation et la professionnalisation des services en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées, dont les actions en faveur des aidants familiaux ou celles favorisant l'amélioration de l'offre de service. Ils peuvent être attribués, entre autres aux Conseils généraux.

<sup>11</sup> *Du soutien à la dépendance au soutien à l'autonomie : la décentralisation de l'accueil, de l'information, de l'orientation et de l'évaluation des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées*, Cahier de l'ODAS, juin 2011.

## Deuxième partie

### Vers une plus grande fluidité des dispositifs individuels

Les relations entre Caisses de retraite et Départements se sont d'abord construites autour de la continuité des prestations individuelles servies par les unes et par les autres. Cette coordination s'est cependant révélée difficile à instaurer, en raison des règles d'attribution et des logiques de prise en charge différentes qui prévalent 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 et identique sur tout le territoire. Le 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 fluctuent.

La forte montée en charge des demandes d'APA et de PAP, et ses implications budgétaires, évoquées précédemment, 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), tout comme le contenu des plans.

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).

En conséquence, alors qu'à la mise en œuvre de l'APA, plusieurs Départements effectuaient des évaluations pour le compte de la CARSAT, cette modalité de partenariat est devenue difficile à maintenir. Des conventions existantes n'ont ainsi pas été renouvelées ou ont été dénoncées par l'une ou l'autre partie signataire tandis que chacun priorisait l'information préalable des personnes âgées, de manière à limiter les demandes inutiles ou mal orientées. Priorité qui s'est le plus souvent traduite par le financement conjoint des CLIC, en tant que lieux d'information et d'orientation.

Mais les objectifs communs en matière d'efficacité des prises en charge, de fluidité des parcours et l'arrivée à échéance des anciennes conventions incitent aujourd'hui les deux protagonistes à s'engager dans de nouveaux dispositifs. Certains ont déjà été initiés, parfois à titre expérimental, sur des territoires ou des durées limitées. À l'exemple de plusieurs Départements d'Ile-de-France dont les partenariats ont été analysés avec précision dans le récent rapport de Nicolas Navarro<sup>12</sup>. D'autres sont en cours d'élaboration et

---

<sup>12</sup> Nicolas NAVARRO, *Le renforcement du partenariat entre la DASIF et les Conseils généraux: indication de bonnes pratiques et Axes d'amélioration*, Rapport de stage de Direction, EHESP, mars 2013.

offrent l'opportunité de partenariats mieux adaptés à l'environnement actuel, portés conjointement par les deux institutions, que ce soit pour faciliter l'accès aux prestations ou que ce soit pour anticiper les difficultés et favoriser plus globalement le maintien à domicile.

# I - Améliorer l'articulation entre PAP et APA

L'évaluation des besoins des personnes âgées potentiellement GIR 5 ou 4 et l'élaboration du plan d'aide qui en découle est donc au cœur des enjeux entre CARSAT et Départements.

Cependant, l'ensemble des informations collectées lors des visites sur site, sur la base des déclarations transmises par les CARSAT à la CNAV, ainsi que dans le cadre de l'enquête nationale menée par l'ODAS avec la CNSA sur le service de l'APA et de la PCH<sup>13</sup> par les Départements, fait état de situations très contrastées, qu'il s'agisse de la dévolution des évaluations, de leur reconnaissance lorsqu'elles sont réalisées par des structures différentes et de la formation, dès lors nécessaire, des équipes qui les réalisent. Ces situations ne sont d'ailleurs pas systématiquement formalisées par des conventions, puisque ces dernières existent dans seulement 40 % des cas, mais qui peuvent néanmoins se traduire de fait par une reconnaissance mutuelle des GIR entre équipes d'évaluations (c'est actuellement le cas dans le Doubs) ou, tout au moins pour certains Départements, par une réorientation de la part des Caisses de retraite ou des Départements des demandes non éligibles à la prestation sollicitée vers l'organisme compétent, à l'exemple du Département de Meurthe-et-Moselle.

## **La dévolution des évaluations à une structure unique**

Si la grille AGGIR est désormais utilisée par la plupart des évaluateurs qui interviennent pour le compte soit du Département, soit des régimes de retraite, l'évaluation de la dépendance ne fait pas

---

<sup>13</sup> Il s'agit de résultats pour l'instant partiels, seuls 68 Départements ayant retourné le questionnaire complété au 31 mai 2013.

l'objet d'une culture partagée entre les différents acteurs qui ont à construire une réponse à la perte d'autonomie. Ces différences d'approche induisent des disparités non justifiées dans les prises en charge et conduisent à des imprécisions quant à la définition de la dépendance. Ainsi, une même personne pourra 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 situeront en GIR 5, de la compétence de l'action sociale des Caisses de retraite.

Une première piste d'optimisation consisterait donc à faire réaliser les évaluations par une seule et même équipe, comme c'est actuellement le cas aujourd'hui dans un Département sur cinq. Il s'agit alors principalement des équipes médico-sociales des Départements comme cela a pu être repéré dans les Côtes-d'Armor ou en Seine-et-Marne, Département où la dévolution des évaluations est partielle et transitoire. En effet, la Direction de l'Action sociale d'Ile-de-France (DASIF) a conventionné avec les CLIC qui assurent les évaluations pour son compte. Cependant, là où le territoire n'est pas couvert par un CLIC, c'est le Département qui évalue pour le compte de la CARSAT.

Dans le département breton, les évaluateurs PAP et APA sont placés sous la responsabilité de la Direction de l'accompagnement des citoyens vers l'autonomie. Bien que dédiés à chaque prestation, ils sont toutefois en mesure d'assurer une polyvalence ponctuelle. Ainsi, dans les situations sécantes GIR5/4, l'évaluateur qui a suivi initialement le dossier peut le conserver jusqu'à l'élaboration du plan et si nécessaire le 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.

Cette évaluation par les Département pour le compte de la CARSAT se heurte cependant à plusieurs limites. Au sein d'une même

CARSAT, la politique de dévolution des évaluations peut-être différente d'un Département à l'autre, comme c'est le cas à la CARSAT Centre ouest pour qui la Creuse évalue, mais qui a refusé cette délégation à la Corrèze. De plus, si de nombreux 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 et l'institution, à se positionner par rapport aux choix politiques de la CNAV, en matière de restriction des prestations.

## **Vers une reconnaissance mutuelle**

Aussi, dans la majorité des cas, chaque institution dispose de sa propre structure d'évaluation comme cela a été constaté dans cinq des six départements visités<sup>14</sup>.

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 régime associant souvent prévention et évaluation comme en Bourgogne-Franche Comté. Le GIE-IMPA dispose d'environ 32 Évaluateurs de Besoins d'Aide à Domicile (EBAD) pour réaliser l'évaluation globale des besoins et si nécessaire établir le PAP.

Quant aux CLIC, ils occupent une place spécifique, relevée autant pas les Départements que par les CARSAT rencontrées. Ainsi, dans les Pays-de-Loire, la CARSAT considère comme une véritable force de pouvoir s'appuyer sur les CLIC, en amont et en aval des évaluations qu'ils réalisent pour son compte. De même, la proximité entre équipes territorialisées de Départements et CLIC, lorsqu'elle existe, favorise une meilleure connaissance et compréhension des critères d'attribution des aides. Si dans la majorité des Départements les CLIC restent autonomes, quelques institutions

---

<sup>14</sup> L'Allier, le Doubs, la Lozère, le Maine-et-Loire, l'Oise et le Rhône.

départementales ont ainsi internalisé ceux de leurs territoires ou ont, comme en Seine-et-Marne, implanté leurs équipes médico-sociales en leur sein. Cette proximité, avec la CARSAT comme avec le Département permet alors aux CLIC de jouer pleinement leur rôle d'orientation, d'accueil, de conseil, d'aide aux démarches, ainsi que de contribuer à l'observation et à l'analyse des besoins.

Quelques Départements et CARSAT ont cependant mis en place des modalités permettant une reconnaissance de leurs évaluations réciproques mais ces reconnaissances sont encore parfois limitées. Ainsi, dans 15 % des Départements, elles sont uniquement le fait de la CARSAT à l'égard des évaluations réalisées par les équipes médico-sociales du Département. 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'objectivisation 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.

Il faut que la reconnaissance mutuelle aille au-delà, comme le constat a pu en être fait dans les deux autres tiers des Départements qui la pratiquent. 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 vers 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. Il apparaît donc 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...). La CNAV a d'ors 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 dans les prochaines semaines afin de lancer, sur les territoires de quelques CARSAT, l'expérimentation des paniers de services. Cette réflexion pourrait 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.

## **Information et formation, facteurs indispensables de la fluidité**

Mais quelle que soit la diversité des pratiques observées, les constats réalisés au cours de l'étude font apparaître 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 intervenants 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 PAERPA, comme en témoigne le rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes, publié sous la présidence de Dominique Libeau par le Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie<sup>15</sup>.

Il s'agit non seulement de développer une connaissance mutuelle des acteurs, en l'occurrence 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 pour éviter les ruptures de prises en charge et de droits, 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. Départements et CARSAT ont donc développé des dispositifs favorisant le transfert d'informations d'une institution à l'autre : échanges périodiques d'informations sur les prestations et échanges relatifs aux personnes individuellement.

Ces dispositifs, pour être opérationnels nécessitent cependant quelques ajustements techniques et précautions éthiques car 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

---

<sup>15</sup> Cécile MOUNIER, Cécile WAQUET, Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque d'autonomie : rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes, Paris, janvier 2013, p. 36-43.

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 liaisons instituées entre le Département du Calvados et la CARSAT dans le cadre des reconnaissances mutuelles d'évaluation. Bien que non dématérialisées, 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).

Au-delà de la difficulté à formaliser une démarche nationale de partage des informations, en particulier si ces dernières impliquent des données relevant du sanitaire et du médico-sociales, comme c'est souvent le cas pour les personnes âgées, une expérience menée entre le Département de l'Allier et la CARSAT Auvergne, s'est cependant efforcée de réduire la complexité inhérente à l'existence de plusieurs prestations servies par des institutions différentes : 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. En cas de doute sur l'institution compétente, le demandeur peut donc déposer un dossier, intégrant les données administratives et financières ainsi que les critères de fragilité indispensables à la CARSAT, 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 (UTAS), les uns et les autres ayant déjà développé des complémentarités sur les territoires. 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. Mais le dossier unique rencontre également 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 Départements, la complétude systématique des informations exigées dans le cadre d'un dossier PAP.

Le dossier unique est cependant exemplaire dans la démarche qui a prévalu à sa mise en œuvre et qui met l'accent sur la nécessité d'une meilleure connaissance réciproque des équipes et des dispositifs. En effet, les exemples les plus aboutis en matière de coordination des dispositifs individuels font état de formations, communes ou non, des équipes. Car en l'absence d'un outil indiscutable, l'articulation des dispositifs implique une approche partagée non seulement de la grille AGGIR mais également de l'évaluation multidimensionnelle telle que la conçoivent la CNAV et la CCMSA. Dans l'Allier, 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.

Au-delà de ces concertations ponctuelles, la formation des équipes est également un facteur indispensable de réduction des ambiguïtés

quant aux évaluations en limite de GIR 4 et 5. Ces formations favorisent en effet une appropriation commune de la grille AGGIR mais sensibilisent également les équipes départementales aux repérages des critères de fragilité et à l'évaluation globale pratiquée par la CNAV. Elles sont d'autant plus efficaces qu'elles sont communes 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 résultats une diminution des demandes inutiles ou mal orientées.

Une meilleure articulation des plans d'aide APA et PAP doit donc être envisagée au niveau national. Elle passe par une reconnaissance mutuelle des évaluations négociée entre l'ADF et la CNAV. Elle implique aussi la mise en place, avec l'appui de la CNSA, d'un outil d'évaluation multidimensionnel prenant en compte l'environnement et de la fragilité des personnes âgées, répondant au besoin d'objectivation des plans et favorisant une culture partagée de l'évaluation. Celle-ci serait judicieusement renforcée par la généralisation de formations communes et le partage de l'information, tant sur les prestations que sur les individus. Cette information partagée doit cependant répondre aux principes de respect de la vie privée, garantis par la CNIL.

## II - Favoriser plus globalement le 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.

### **Vers une 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 caisses d'assurance retraite et de santé par le travail (allocation de retour à domicile après hospitalisation – ARDH) »<sup>16</sup>.

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

---

<sup>16</sup> Cécile MOUNIER, Cécile WAQUET, Op. Cit., p.

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<sup>17</sup>.

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

---

<sup>17</sup> *Évaluation du dispositif de sortie d'hospitalisation*, Ateliers du développement, octobre 2008.

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 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.

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>18</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 DASIF 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.

---

<sup>18</sup> 27 % des Départements disent y avoir recours fréquemment, 60 % rarement et 13 % jamais, d'après les premiers résultats de l'étude menée par l'ODAS, avec l'appui de la CNSA, au sujet de la mise œuvre de l'APA et de la PCH à domicile par les départements. Restitution prévue au dernier trimestre 2004.

## 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<sup>19</sup> 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 les principaux acteurs de cette adaptation, aux côtés l'Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH) et de nombreux autres (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 PRIF<sup>20</sup>, 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 handicaps, au titre de leur implication dans les 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'Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH) autour de trois axes : l'information sur les aides existantes ; l'articulation des aides de l'ANAH et de

---

<sup>19</sup> Luc BROUSSY, *L'adaptation de la société au vieillissement de la population : France : année zéro*, Paris, janvier 2013, p 27 à 53.

<sup>20</sup> Le PRIF a mis en place un atelier de sensibilisation sur l'adaptation du logement avec pour objectifs de prévenir les accidents domestiques, d'améliorer la sécurité et la qualité de vie des seniors à domicile.

la CNAV en faveur de l'autonomie ; l'harmonisation des outils de mise en œuvre et de partage d'expertise. Cette convention permet, entre autre, 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 contrat locaux d'engagements (CLE), tels ceux conclus avec l'État, séparément mais de manière concertée, par les CARSAT des Pays-de-Loire et de Bretagne, les Départements de ces deux régions et plusieurs agglomérations ou Établissements publics de coopération intercommunale. 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 accompagnées 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 dispositif 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).

## Troisième partie

### « Bien vieillir » : Des stratégies communes à partager

Si la continuité de prise en charge de la personne âgée, au travers d'une meilleure coordination des prestations versées par les Caisses de retraite et les Départements, constitue indiscutablement un enjeu fort des partenariats entre ces institutions, l'analyse des conventions existantes et les différents échanges réalisés au cours de cette étude mettent en évidence d'autres pistes de coopération 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 à reculer l'âge de l'éventuelle 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. De nombreuses coopérations opérationnelles en matière de prévention se sont donc développées et des dynamiques partenariales, autour d'une connaissance mieux partagée des besoins et de l'offre, ainsi que d'opportunités de coordination stratégique commencent à se dessiner.

# I - Accompagner l'avancée en âge

L'organisation et l'articulation de la prévention forment aujourd'hui l'un des champs de partenariat le plus actif 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...). Les informations transmises par les CARSAT concernant les collaborations effectives avec les Départements mentionnent majoritairement 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 la plus-value des partenariats en matière d'information des personnes âgées, ainsi que le repérage de nouvelles actions autour des appels à projet initiés par les CARSAT.

## **Assurer une information cohérente à tous les 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. Sur plusieurs territoires, les Caisses de retraite et les Départements y contribuent conjointement à travers le cofinancement de manifestations type forums, ainsi que la création et la diffusion de supports d'information. 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.

Les cofinancements des CLIC ont également été mentionnés à neuf reprises par les CARSAT. Les Caisses de retraite comme les

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 un exemple de partenariat abouti en matière d'information et de conseil des personnes âgées. 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 a fait l'objet d'une convention avec le Département. 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)<sup>21</sup> de Villeurbanne, unité territoriale labellisée CLIC. Ainsi, 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 d'effectuer le bilan ATOO. Enfin les deux institutions mettent en commun leurs compétences pour organiser conjointement forums et conférences autour du vieillissement.

---

<sup>21</sup> Les maisons du Rhône regroupent tous les services du Département proposés au public. Il existe une maison du Rhône par canton.

## **Articuler les démarches de prévention au plus près des territoires**

Les Caisses de retraite et les Départements ont également la volonté commune de proposer, pour les uns à leurs ressortissants, pour les autres à l'ensemble des habitants vieillissants, une offre d'action de prévention la plus large possible et adaptée aux spécificités de chaque territoire.

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 Ile-de-France, une démarche similaire a donné lieu à la création du Groupement de Coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) dénommé Prévention Retraite Ile-de-France (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 DASIF et les Départements d'Ile-de-France, témoigne de l'intérêt de la démarche<sup>22</sup>.

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. 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 solidarités 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.

## **Soutenir les 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

---

<sup>22</sup> Nicolas NAVARRO, Op.cit, p 41-43.

fait l'un des axes du PAPA, décliné par plusieurs régions (Auvergne, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, Pays-de-la-Loire...) avec la CNAM.

L'étude menée actuellement par l'ODAS avec le soutien de la CNSA confirme 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 face à l'augmentation du coût des services à domicile et donc du reste à charge pour le bénéficiaire, ainsi qu'à la difficulté, sur certains territoires, d'assurer une continuité du service, l'intervention d'un proche est devenue pour certaines personnes âgées une nécessité. Il est aussi avéré 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 repérage des aidants et leur information, leur accompagnement (groupes d'échange) ou le déploiement de solutions de répit (plateforme, lieux, séjours...). Une meilleure coordination autour de ces aides pourrait se mettre en place dans le cadre de la participation des Départements et des Carsats aux tables stratégiques du dispositif MAIA où, en tant que co-responsables et co-financeurs du déploiement du dispositif, les deux institutions accompagnent le processus d'intégration.

## **Favoriser le développement de modes d'accueil intermédiaire**

Comme l'a rappelé l'un des rapports remis à Michèle Delaunay, 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 spéci-

fiquement pour vivre les dernières années de sa vie en toute sécurité »<sup>23</sup>. 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 également à l'origine de plusieurs partenariats entre Caisses de retraite et Départements.

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 également 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 de 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

---

<sup>23</sup> Luc BROUSSY, *Op. cit.*, p 62.

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 (EHPA), 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 - Des stratégies au service d'une dynamique partenariale

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 COG déclinées localement par les Caisses de retraite.

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

### **Harmoniser et mutualiser les rapports avec les SAAD**

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<sup>24</sup>.

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

---

<sup>24</sup> Anne BRUANT-BISSON, Philippe AUBE-MARTIN, Jacques-Bernard DE REBOUL, *Mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles*, Paris, octobre 2010.

et de la diversité des prestations proposées. D'autant qu'il a été constaté une réelle diversité des pratiques : si l'Allier et la Lozère ont confirmé les écarts importants entre leurs propres tarifs et celui de la CNAV, ainsi que les difficultés inhérentes, 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 services d'aide à domicile 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'Objectif et de Moyen (CPOM) signées avec les SAAD volontaires et d'une forfaitisation sur l'année 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 celle 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 autre, 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 services d'aides à domicile, 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-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, selon des modalités décrites par Nicolas Navarro dans le rapport précité<sup>25</sup>. Cette mutualisation permettrait de mettre en synergie les compétences propres de chaque institution.

---

<sup>25</sup> Nicolas NAVARRO, Op. Cit, p38-40.

## Développer la connaissance des besoins et de l'offre

Ce souci de connaissance partagée ne se limite pas aux seuls services à domicile. 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>26</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<sup>27</sup>, 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

---

<sup>26</sup> Observation sociale et évaluation, enquête menée en 2012 auprès des Départements, 84 réponses. Odas. À paraître.

<sup>27</sup> Comme par exemple dans les Départements de l'Allier, de la Lozère ou du Maine-et-Loire.

vieillesse en faveur des populations fragilisées et des déclinaisons locales du plan PAPA, des Observatoire des situations de fragilités, expérimenté entre autres en Languedoc-Roussillon et étendu 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 - CCMSA - RSI) et du réseau Assurance Maladie du régime général, prenant en considération des facteurs de risque 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 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.

## **Vers une approche concertée 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'Ile-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 un éloignement des deux institutions, cette étude a permis au contraire de repérer des dynamiques, témoignant d'une volonté partenariale. Ces coopérations restent cependant fragiles, parfois ponctuelles ou limitées à quelques thématiques spécifiques et encore trop dépendantes de la qualité des liens interpersonnels existants 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 Départements 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 interbranche 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 et renforcer la légitimité de certaines demandes vis-à-vis des ARS, 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 volonté forte de la coordination inter-régime

devrait se traduire dès la fin 2013 par la généralisation d'initiatives repérées localement, telles 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 national 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, 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 (le GIE-IMPACT et la Bourgogne-Franche-Comté), 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 complémentarité 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 territoires 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 ».



## **Annexes**

- **Annexe I. Questionnaire établi par la CNAV sur l'état des lieux des relations conventionnelles entre les CARSAT et les Départements**
- **Annexe II. Carte des Départements et CARSAT ayant fait l'objet d'un déplacement préparatoire ou d'une visite sur site**
- **Annexe III. Tableau récapitulatif des interlocuteurs rencontrés ou contactés**
- **Annexe IV. Composition de la commission autonomie**

## Annexe I.

# Questionnaire établi par la CNAV sur l'état des lieux des relations conventionnelles entre les CARSAT et les Départements

### 1. Questions

- Existe-t-il une convention entre la Carsat et le Département ? Si oui, quel est le contenu de cette convention ? Joindre le document.
- Organisez-vous des réunions communes pendant l'année ? Sur quels thèmes ? Combien ?
- Procédez-vous à des échanges d'informations sur les bénéficiaires APA/PAP ? selon quelles modalités ?
- Avez-vous mis en œuvre une reconnaissance mutuelle des évaluations ? Précisez en les modalités ?
- Existe-t-il un dossier commun de demande d'aides (APA/PAP) ?
- Disposer vous d'outils communs d'information ?
- Organisez-vous des actions communes ? Lesquelles ?
- Liste des projets ayant donné lieu à des cofinancements entre la CARSAT et le département en 2011.

### 2. CARSAT ayant répondu et départements associés

**CARSAT Alsace Moselle**: Moselle, Bas-Rhin, Haut-Rhin.

**CARSAT Aquitaine**: Dordogne, Gironde, Landes, Lot-et-Garonne, Pyrénées-Atlantiques.

**CARSAT Auvergne**: Allier, Cantal, Haute-Loire, Puy-de-Dôme.

**CARSAT Bourgogne-Franche Comté**: Côte-d'Or, Doubs, Jura, Nièvre, Haute-Saône, Saône-et-Loire, Yonne, Territoire de Belfort.

**CARSAT Bretagne**: Côtes-d'Armor, Finistère, Ille-et-Vilaine, Morbihan.

**CARSAT Centre**: Cher, Eure-et-Loir, Indre, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Loiret.

**CARSAT Centre ouest**: Charente, Charente-maritime, Corrèze,

Creuse, Deux-Sèvres, Vienne.

**CARSAT Ile-de-France:** Paris, Seine-et-Marne, Yvelines, Essonne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Val-d'Oise.

**CARSAT Languedoc Roussillon:** Aude, Gard, Hérault, Lozère, Pyrénées-Orientales.

**CARSAT Midi Pyrénées:** Ariège, Aveyron, Haute-Garonne, Gers, Lot, Hautes-Pyrénées, Tarn, Tarn-et-Garonne.

**CARSAT Nord Est:** Ardennes, Aude, Marne, Haute-Marne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Vosges.

**CARSAT Nord Picardie:** Aisne, Nord, Oise, Pas-de-Calais, Somme.

**CARSAT Normandie:** Calvados, Eure, Manche, Orne, Seine-maritime.

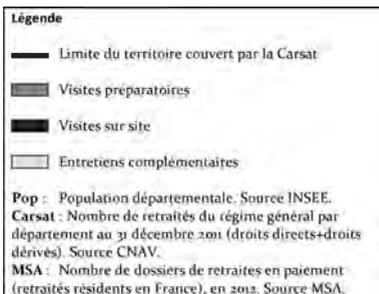
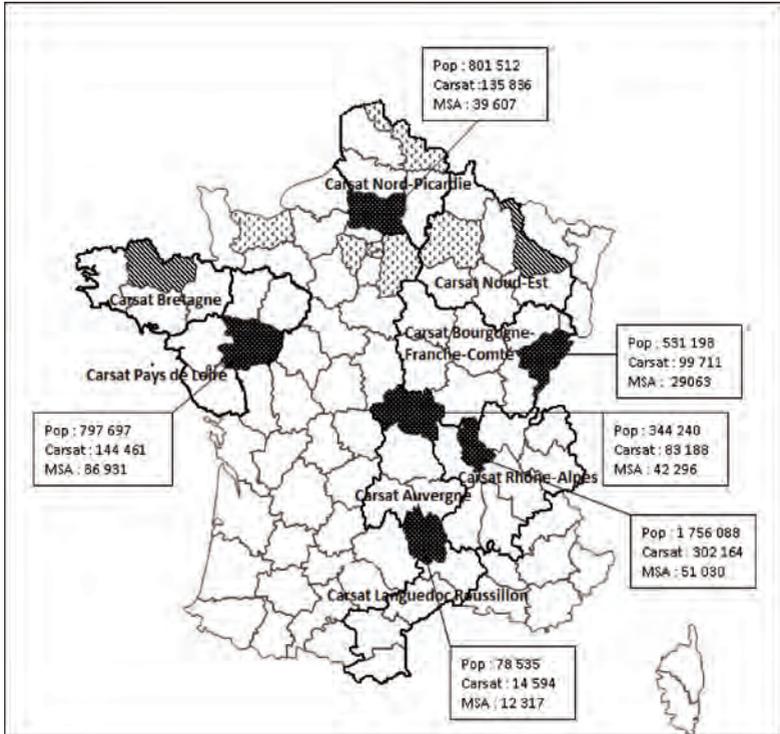
**CARSAT Pays-de-la-Loire:** Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe, Vendée.

**CARSAT Rhône Alpes:** Ain, Ardèche, Drôme, Isère, Loire, Savoie, Haute-Savoie.

**CARSAT Sud Est:** Alpes-Maritimes, Alpes-de-Haute-Provence, Bouche du Rhône, Corse-du-Sud, Haute-Corse, Hautes-Alpes, Var, Vaucluse.

## Annexe II.

### Départements et CARSAT concernés par l'étude



## Annexe III.

### Tableau récapitulatif des interlocuteurs rencontrés ou contactés

#### 1. Visites préparatoires

**Entretiens réalisés dans le département de la Meurthe-et-Moselle, du 13 au 19 juin 2012.**

**Services du Département :**

**Mme BALLAND**, Conseillère en gérontologie – **Mme Marie DIA ENEL**, Responsable service tarification – **M. Stéphane DUS-SINE**, Directeur MDPH – **Mme Marie-Annick HELFER**, Directrice PA/PH – **Mme Marie HEMERYCK**, responsable APA à domicile – **Mme Estelle HUS**, Conseillère handicap – **Mme Béatrice LONGUEVILLE**, Directrice Générale Adjointe Solidarité – **Mme Muriel NAVACCHI**, Responsable EMS APA – **Mme Marie-Cécile VIDAL ROSSET**, Responsable du service prestations individuelles PA/PH.

**CARSAT :**

**Mme Catherine VERONIQUE**, Sous-directrice de l'Action Sanitaire et Sociale et des relations avec les publics.

**Service d'aide à domicile :**

**ASSAD** – **M. Didier PERRIN**, Directeur.

**Entretiens réalisés dans le département des Côtes-d'Armor, le 21 mai 2012**

**Services du Département :**

**Mme Valérie BOULAN**, Chef du service APA – **Mme Sophie BURLOTTUAL**, Directrice du pilotage des objectifs et des moyens médicaux-sociaux – **M. Daniel MACE**, Directeur Général Adjoint Solidarité – **M. François de MARTEL**, Directeur de l'Accompagnement des citoyens vers l'autonomie.

## 2. Visites sur site

**Entretiens réalisés dans le département de l'Allier, les 15, 16 et 17 octobre 2012**

### Elue :

**Mme Marie-Françoise LACARIN**, Vice présidente du Conseil Général, chargée des solidarités, des populations et des territoires.

### Services du Département :

**Mme Florence ANDRE-FAUCONNIER**, Responsable Service en faveur des Personnes à domicile – **Mme Caroline CHAUVIN** Responsable du pôle PA/PH – **Mme Adriane CONTÉ**, Adjointe à la Responsable du Pôle PA/PH et Responsable du SPLAS – **Mme Jeanne GAUDRON**, Assistante sociale pôle enfants, MDPH Moulins/Vichy – **Mme Mélanie LEROY**, Responsable Unité Territoriale d'Action Sociale – **M. David MAIRE**, Responsable pôle enfants, MDPH Montluçon – **Mme Lydie PICHERIT**, Directrice MDPH – **Mme Danièle ROURY**, Coordonnateur APA – **Mme Christelle THUIZAT**, Responsable Unité gestion aide sociale – **Mme Catherine TINARD**, Évaluateur équipe médico-sociale – **M. Gaëtan WEITEL**, Psychologue pôle adultes, MDPH Montluçon.

### CLIC :

**M. Pierre JOMIER**, Responsable du CLIC AMAGE.

### MAIA :

**Mme Hélène CETTE**, Pilote.

### CARSAT :

**M. Nicolas GERARD**, Sous-directeur action sanitaire et sociale – **Mme NINOT**, Responsable action sociale retraite – **M. Arnaud VILLAUME**, Attaché de direction sanitaire et sociale.

### MSA :

**Mme Brigitte LABRUYERE**, Responsable du service social.

### ARS :

**M. Alain BUCH**, Chef de bureau, Délégation territoriale.

### SAAD :

AADECSA – **M. Dominique BERNIER**, Responsable – **Mme**

**JONNET**, Responsable des équipes aide à domicile et administratives.

**BIEN VIVRE A DOMICILE** – **Mme CHABARD**, Responsable du secteur Montluçon – **Mme Jeanne-Marie VIDECOQ**, Directrice.

**CODERPA :**

**Mme Jeannine LAVEDRINE** – Vice-présidente du CODERPA.

**Service social de l'hôpital :**

**Mme Sandra BASSEVILLE**, Responsable de l'équipe du service social – **Mme Pauline HUGONET**, Assistante sociale – **Mme Celie LEPRINCE**, assistante sociale.

**CDCPH :**

**M. LACOMBE** représentant APF – membre du CDCPH – **Mme WESOLEK** Directrice Vivre Ensemble – membre du CDCPH.

**Entretiens réalisés dans le département du Rhône, les 10, 11 et 12 décembre 2012**

**Élus :**

**M. Paul LAFFLY**, Président de la commission des affaires sociales

**M. François BARADUC**, Président délégué de la MDPH.

**Services du Département :**

**Docteur CHOVET**, mission coordination medico sociale –

**Mme Marie-Pierre GRANGE**, conseillère spécialisée – **Mme**

**Nicole BERLIERE-MERLIN**, Directrice Générale Adjointe chargée du pôle personnes âgées-personnes handicapées – **Mme**

**Marie-Pierre CALMON**, Conseillère spécialisée – Domaine PA/PH – **Mme Emilie CHAZELLE**, Adjointe au Chef de service

Développement et accompagnement des établissements – **Mme**

**Ariane DEBAY**, Responsable Dispositif d'Aide à la Personne (RDAP) – **Mme Louise DE BEAULIEU**, Responsable des prestations, MDPH du Rhône – **Mme Audrey PEYRE DE**

**FABREGUES**, Adjointe / Chef de service des aides départementales à la personne – **M. Christophe LIAUTTIAUD**, RDAP St Genis-

Laval et Sainte-Foye – **Mme Françoise PENET**, Directrice Maison du Rhône Sainte-Foye – **Mme Aline PHILIPPE**, Référente secteur PH – **Mme Marie-Christine VEYRIAC**, Chef de service

Modernisation de l'Aide à Domicile.

**MSA:**

**Mme Isabelle SECK**, Sous directeur développement social et institutionnel.

**MAIA:**

**Mme Laurence CASELLI**, Pilote Lyon Centre-Est – **M. Hervé LAUFER**, Pilote Lyon Centre-Ouest.

**CARSAT:**

**M. Yves CORVAISIER**, Directeur Général – **Mme Sylvie SALAVERT**, Sous-directrice de l'Action sociale.

**ARS:**

**M. Frédéric CHAVAGNEU**, Responsable du Pôle animation territoriale Rhône: Handicap – **Mme Muriel LEJEUNE**, Directrice Handicap et Grand Age – **Docteur Michel VERMOREL**, directeur adjoint.

**SAAD:**

Fédération ADMR du Rhône – **M. Christophe DRESSY**, Directeur « MAIN TENIR » – **Mme Guillemette FAYET**, Directrice, Lyon 7.

**Service social de l'hôpital:**

**Mme Marie-Hélène MICHEL**, Cadre Supérieur Socio-éducatif – **Mme Elodie VIGNE**, service social.

**Entretiens réalisés dans le département du Doubs, les 9, 10 et 11 janvier 2013**

**Élus:**

**Mme Danièle NEVERS**, 2<sup>ème</sup> Vice-présidente du Conseil général, Présidente de la commission solidarités – **M. Jean-Marie BART**, Conseiller général délégué auprès du Président, en charge du handicap.

**Services du Département:**

**M. Francesco ALAMPI**, Directeur de la Délégation aux ressources et moyens généraux – **Mme Marie-Luce BARBIER**, Chef de service tarification – **M. Thierry CHAUVILLE**, Chef du service Prestations – **Mme Anissa DEBOUCHE**, Pôle han-

dicap et dépendance – **Mme Odile DELEVOYE**, Directrice Autonomie – **Mme Françoise DETTWEILER**, Pôle handicap et dépendance – **Mme Sabrina GAUTHEROT**, Pôle handicap et dépendance – **M. Etienne PETITMENGIN**, Directeur Général Adjoint chargé du Pôle Solidarité et Cohésion sociale – **Mme Aline PHILIPPE**, Référente secteur PH – **Mme Catherine PIGANIOL**, Directrice MDPH – **Mme Aline PHILIPPE**, référente PCH à la MDPH.

**CCAS :**

**Mme Catherine BIOLCHINI**, Secteur Personnes Âgées CCAS de Montbéliard.

**CLIC :**

**Mme Laurent**

**MAIA :**

**Mme Carine MENIGOZ**, Pilote MAIA.

**CARSAT :**

**M. Bernard TAPIE**, Directeur Adjoint maladie CARSAT Franche-Comté.

**MSA :**

**Mme Stéphanie PHILIPPE**, Chargée de mission STVI – **M. Stéphane POUCHKARVETCH-DRAGOCHE**, Directeur Adjoint Solidarités, Territoires et vie Institutionnelle.

**GIE-IMPA :**

**M. Frédéric MICHEL**, Directeur – **M. Benjamin LEROUX**, Responsable action sanitaire et sociale.

**ARS :**

**M. Pierre GUILLAUMOT**, Directeur à la Direction déléguée à l'offre de santé et médico-sociale.

**Service social de l'hôpital :** **Martine BILLIARD**, Responsable du service social – **Mme Nathalie COURGEY**, Responsable du service social.

**SAAD :**

CCAS de Montbéliard – **Mme Catherine BIOLCHINI**, Secteur personnes âgées.

SASSAD – **Mme Marie-Paule BELOT**, Directrice générale – **M. Xavier COQUIBUS**, Directeur des services d'intervention.

**Entretiens réalisés dans le département de la Lozère, les 24 et 25 avril 2013**

**Elu :**

**M. Jean-Paul BONHOMME**, 4<sup>ème</sup> Vice-président du Conseil général, chargé de l'action sociale et de la solidarité

**Services du Département :**

**Mme Magalie BROUGNOUNESQUE**, Directrice Autonomie – **Mme Christine CASSAN**, service autonomie tarification – **M. Anthony COLON**, Gestion des prestations – **Mme Valérie KREMSKI-FREY**, Directrice Général Adjointe à la Direction des Solidarités – **Mme Marie-Adélaïde MOREL**, Directrice MDPH – **Mme Bernadette SERODES**, Chef de service de l'instruction, MDPH – **Mme Séverine TEBANI**, Intérim Chef de service de l'évaluation, MDPH.

**MSA :**

**M. Christophe BOULANGER**, Responsable de l'action sanitaire et sociale.

**ARS :**

**Mme Anne MARON-SIMONET**, Responsable de la Délégation Territoriale.

**SAAD :**

Fédération ADMR de Lozère – **M. Claude FOURNIER**, Directeur. Présence Rurale 48 – **Mme Nicole SEDDICK**, Directrice.

**Service social de l'hôpital :**

**Mme. Pascale KEUSCH**, Responsable du service social – **Mme Stéphanie MORIN**, assistante sociale – **Mme Laurence NOUVEAU**, assistante sociale.

**Entretiens réalisés dans le département de l'Oise, les 22 et 23 mai 2013**

**Elu:**

**M. Jean-Paul DOUET**, Vice-président du Conseil général, chargé de l'action culturelle et de l'autonomie des personnes

**Services du Département:**

**Mme Dahlia BARBOUX**, Responsable relais autonomie Beauvais – **M. Samyr BOUFADINE**, Responsable du contrôle et du développement des établissements PA/PH – **Mme Marlène BOUTIN**, Directrice adjointe de l'Autonomie des Personnes – **Mme Danièle CARLIER**, Médecin – **Mme Kathy CHAPELAIN**, Responsable de l'observatoire – **Mme Catherine COLLET**, Responsable du Pôle Instruction – **Mme Christine DESMAREST**, Directrice de l'Autonomie des Personnes – **Mme Isabelle DUPONT**, Gestionnaire de dossiers – **Mme Anne-Catherine ENGELHARD**, Directrice adjointe – **Mme Céline JAN**, Ergothérapeute – **Mme Delphine JAULHAC**, Responsable relais autonomie Valois – **M. Jérémie LEFEBVRE**, Chargé de développement maintien à domicile – **Mme Marie-Christine MAGNIER**, Médecin départemental – **Mme Christine NORTIER**, Gestionnaire de dossiers – **Mme Catherine PAVY**, Evaluatrice – **Mme Catherine PICARD**, Infirmière coordinatrice – **Mme Aurore VILLARS**, Chef du bureau des Prestations et services – **Mme Eléonore YON**, Chef du service Actions pour l'autonomie.

**CARSAT:**

**Mme Véronique DELAMARRE**, Cadre social responsable adjoint de département.

**ARS:**

**Mme Martine LAUBERT**, Responsable du service Handicap et Dépendance.

**SAAD:**

ANAD – **M. Sébastien GRARE**, Directeur

Aide à Domicile du Pays de Senlis – **M. Pierre PARENT**, Directeur –

**Mme PIGNON**, Responsable de secteur.

**DIRECCT:**

**Mme Franciane QUIGNON**, Responsable de l'unité territoriale de l'Oise.

**Entretiens réalisés dans le Département du Maine-et-Loire**

**Elu:**

**M. Gérard DELAUNAY**, 6<sup>ème</sup> vice-président, en charge des solidarités

**Services du Département:**

**M. Philippe ALLAGNAT**, Comptable – Service Paiement, Recouvrement, Appui informatique – **M. Morad BENBADRA**, Responsable du Service Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (DA-DASA) – **Mme Roselyne BINET GOURMELON**, Adjoint au Responsable du Service Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux – **M. Franck BIDET**, Directeur de l'Autonomie – **M. Jean-Luc BORDENAVE**, Directeur général Adjoint chargé du Développement social et de la solidarité – **Mme Catherine BOSSE**, Directrice MDPH – **M. Laurent CHARTIER**, Responsable du Service Paiement, Recouvrement, Appui informatique – **Mme Béatrice CHERBONNIER**, Comptable référent – Service Paiement, Recouvrement, Appui informatique – **M. Frédéric DOUSSIN**, Directeur Adjoint Soutien à l'Autonomie – **M. Yannick L'HERMITTE**, Responsable du Pôle Médical et Social – **Mme Jocelyne SEJOURNE CAVELIUS**, Adjoint au Responsable du Service Prestations – **M. Jean-Charles VIOLET**, Responsable du Pôle Réglementation, Récupération, Contentieux (DA) – **Mme Marie-Andrée YARHFOURI**, Responsable du Service Prestations.

**CLIC:**

**Mme Caroline HOUSSIN-SALVETAS**, Présidente du CLIC Aînés Outre-Maine – **Mme Laure Duchesne**, Coordinatrice.

**MAIA - PAERPA:**

**Mme Chantal APPARILLY**, Directrice du CLIC IGAS – **M. Yves CLEDAT**, Directeur du CLIC Cholet – **Mme Julie Marot**, Gestionnaire de cas, MAIA SUD.

**CARSAT:**

**Mme Valérie HAUVILLE**, Responsable du service action sociale retraite.

**MSA:**

**Mme Mireille DESLANDES**, adjointe responsable action sociale –  
**Mme Marie Odile LEROUX**, responsable action sociale.

**ARS:**

**Mme Maritxu BLANZACO**, Responsable du Département de l'Accompagnement médico-social – **Mme Patricia SALOMON**, Responsable du département accompagnement médico-social.

**SAAD:**

CIAS du Choletais – **Mme Christelle LABAT**, Chef de service ADOMI FACIL ADMR – **Mme Marie-Paule BARDY**, Référente fédérale Personnes Âgées – **Mme Emmanuelle BEAUMONT**, responsable de service « Aide aux Personnes en situation de handicap » et « Aide à la Famille » – **M. Louis DUVEAU** Référent fédéral Personnes en situation de handicap – **Mme Valérie VITRAI**, responsable de service « Aide aux Personnes Âgées ».

## **Entretiens complémentaires**

**Calvados:** **M. Franck LEMMENAIS**, Directeur Autonomie.

**Marne:** **M. Guy CARRIEU**, Directeur Général des Services.

**Nord:** **Mme Christine BLONDEL**, Directrice PA/PH.

**Seine-et-Marne:** **M. Pascal BOIRIN**, Directeur des personnes âgées et des adultes handicapés.

**Yvelines:** **Mme Marianne VIDAL DE LA BALCHE**, Responsable du service vie sociale à domicile.

**DASIF:** **M. Rémi FAU**, Chargé d'action sociale auprès de **Mme Christiane FLOUQUET**, Directrice de l'Action Sociale en Ile-de-France.

## Annexe IV.

### Composition de la commission autonomie (au 1er juillet 2013)

#### Collectivités

**Conseil général de l'Aube:** Docteur Laurent MARIE, Directeur Personnes âgées/Personnes handicapées.

**Conseil général des Bouches du Rhône:** M. Jehan-Noël FILATRIAU, DGA.

**Conseil général du Cher:** Mme Marie-Claude AUBERTIN, Directrice action et coordination gérontologique.

**MDPH du Cher:** Mme Isabelle PLATON, Directrice.

**MDPH de la Corrèze:** Mme Marie-Anne SERANDON, Directrice.

**Conseil général des Côtes-d'Armor:** M. Daniel MACE, DGA.

**Conseil général des Côtes-d'Armor:** Mme Catherine GALLARDON, Directrice du Pilotage des Objectifs et des Moyens Médico-sociaux.

**Conseil général du Doubs:** Mme Odile DELEVOYE, Directrice autonomie.

**Conseil général de l'Eure-et-Loir:** M. Laurent LEPINE, Directeur des interventions sociales.

**Conseil général de l'Eure-et-Loir:** M. Sébastien MARTIN, Chef de service Aides aux seniors et personnes handicapées.

**Conseil général du Finistère:** Mme Marie VINCENT, DGA solidarités.

**Conseil général de l'Isère:** M. Eric RUMEAU, Directeur autonomie.

**Conseil général de Meurthe-et-Moselle:** Mme Marie-Annick HELFER, Directrice Personnes âgées/Personnes handicapées.

**Conseil général du Morbihan:** M. Hervé BOUGEARD, Directeur chargé des prestations.

**Conseil général du Nord:** Mme Christine BLONDEL, Directrice Personnes âgées/Personnes handicapées.

**Conseil général de l'Oise:** Mme Christine DESMARETS,

Directrice autonomie.

**Conseil général du Pas-de-Calais**: M. Luc GINDREY, Directeur de l'autonomie et de la santé.

**Conseil général de Saône-et-Loire**: Mme Josette JUILLARD, Directrice Personnes âgées/Personnes handicapées.

**Conseil général de la Sarthe**: Mme Gisèle CONTRAIN ETRAYEN, Chef de service prestations et aide sociale.

**Conseil général de Paris**: Mme Marie-Paule DEBRAY, Responsable des Clics.

**Conseil général de Seine-et-Marne**: M. Pascal BOIRIN, Directeur Personnes âgées/Personnes handicapées.

**Conseil général des Yvelines**: Mme Marianne VIDAL DE LA BLACHE, Responsable du service de vie sociale à domicile.

**Conseil général des Deux-Sèvres**: Mme Martine MUNOZ, pour l'autonomie et protection des personnes vulnérables.

**Conseil général de la Vienne**: Mme Marion ANDRAULT DAVID, Directrice handicap/vieillesse.

**Conseil général de l'Yonne**: Mme Anne-Laure MOSER, Sous directrice handicap/dépendance.

**Conseil général de l'Yonne**: Mme Joëlle LACOURT, Responsable aide à domicile.

**Conseil général de l'Essonne**: Mme Guilaine LETERME AUZANNEAU, Responsable administrative Personnes âgées/Personnes handicapées.

## **Institutions**

**CNSA**: Mme Bernadette MOREAU, Directrice de la compensation et de l'autonomie.

**CNSA**: Mme Sylvie MERVILLE, Médecin – Direction de la compensation et de l'autonomie.

**CNSA**: M. Louis Xavier COLAS, Chargé d'études pour le développement de l'aide à domicile.

**DGCS**: Mme Chantal ERAULT, Chef du bureau droits et aide à compensation.

**DGCS**: Mme Caroline LEFEBVRE, Ajointe au Chef du bureau droits et aide à compensation.

**DGCS**: M. Rémi DUFLOS, Chargé de mission.

**CCMSA**: M. Franck DARTY, Adjoint au responsable du département développement social et services aux personnes.

**CNAV**: M. Alain ROZENKIER, Directeur adjoint des Recherches.

**CNAV**: M. Philippe SCHOEFFTER, Chargé de Mission.

**EHESP**: Mme Sophie BURLLOT TUAL, Professeur.

## **Associations**

**ANCLIC**: Mme Yvelise ABECASSIS, Présidente.

**FEHAP**: Mme Florence LEDUC, Directrice de la vie associative et de la formation.

**FNG**: Mme Hélène TROUVE, Chef de projet ERIIG.

**Perspective**: M. Michel CAUDRON, Consultant.

**UNA**: M. Yves VEROLLET, Délégué général.

**UNA**: M. Rémi MANGIN, Chargé de Mission.

**UNADMR**: Mme Marie PORTAL, Chargée de développement Institutions.



Depuis une dizaine d'année, les pouvoirs publics n'ont cessé de manifester leur souci d'accompagner le vieillissement de notre société. La création de l'APA, principalement axé sur le maintien à domicile, mais aussi les efforts engagés pour la modernisation de l'hébergement témoignent de cet engagement.

Mais dorénavant, une dimension plus ambitieuse s'affirme : embrasser globalement toutes les questions permettant d'adapter la société au vieillissement.

Parmi les objectifs de cette nouvelle approche qui se concrétisera dans une prochaine loi d'orientation et de programmation, la nécessité de veiller à la cohérence des actions des différents partenaires s'inscrit comme une priorité. Aussi l'un des objectifs de la loi visera notamment à « mieux coordonner l'action sociale des caisses de retraite et l'action sociale départementale dans le cadre d'une politique publique globale de la prévention de la perte d'autonomie ».

C'est la raison pour laquelle l'Odas, avec le soutien de l'inter-régime des caisses de retraite (CNAVTS, CCMSA, RSI) a engagé une étude pour identifier les pratiques susceptibles d'optimiser l'intervention, sur un même territoire, des Carsats, des MSA et des Départements.

Les initiatives recensées montrent que des résultats conséquents peuvent être obtenus, non seulement en ce qui concerne la complémentarité des interventions auprès des familles, mais plus généralement la convergence des politiques publiques lorsque s'exprime une volonté commune d'agir ensemble.

Ce rapport est donc destiné à mieux faire connaître ces pratiques pour qu'elles inspirent tous les territoires et participent ainsi à la rationalisation de la gouvernance, dans le respect des compétences respectives des uns et des autres.