

GRANDEURS ET MISÈRES DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE EN FRANCE

Réjean Hébert

Fond. Nationale de Gérontologie | *Gérontologie et société*

2011/3 - n° 138
pages 67 à 82

ISSN 0151-0193

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2011-3-page-67.htm>

Pour citer cet article :

Hébert Réjean , « Grandeurs et misères de l'allocation personnalisée d'autonomie en France » ,
Gérontologie et société, 2011/3 n° 138, p. 67-82. DOI : 10.3917/g.s.138.0067

Distribution électronique Cairn.info pour Fond. Nationale de Gérontologie.

© Fond. Nationale de Gérontologie. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



GRANDEURS ET MISÈRES DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE EN FRANCE

RÉJEAN HÉBERT, MD MPHIL

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTÉ, UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
CENTRE DE RECHERCHE SUR LE VIEILLISSEMENT, SHERBROOKE

Le vieillissement de la population et la pandémie de maladies chroniques qui l'accompagne obligent à prioriser le financement des soins à long terme qui deviendront de plus en plus importants. De nombreux pays ayant fait face à cette situation ont mis sur pied un financement public distinct via une assurance universelle couvrant les soins à domicile et en institution comme c'est le cas en France avec l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). À la lumière des comparaisons internationales, nous identifions certaines lacunes de l'APA, notamment: la fragmentation des services, une évaluation qui n'utilise pas un outil suffisamment détaillé et validé, le rôle limité des équipes d'évaluation, l'insuffisance du plan d'aide, un ticket modérateur qui limite l'accessibilité et augmente le reste à charge, les problèmes liés à l'utilisation de l'emploi direct et la diversité importante des sources et des canaux de financement. L'APA mériterait d'être corrigée afin de rendre cette mesure de protection sociale plus performante et d'assurer sa pérennité dans un contexte financier difficile.

THE UPS AND DOWNS OF PERSONALISED ATTENDANCE ALLOWANCE IN FRANCE

Ageing population and its accompanying pandemic chronic diseases mean that priority must be given to financing long-term care which will become increasingly necessary. Many countries have faced up to this problem by setting up separate public financing through a universal insurance covering care at home and in institutions. This is the case in France with the personalised autonomy allowance (APA). In the light of international comparison certain APA deficiencies have been identified, especially: service fragmentation, assessment using an insufficiently detailed and valid tool, assessment teams' limited role, insufficient assistance programmes, users' contribution which limits accessibility and increases what remains to be paid, problems concerning direct payment and the great diversity of finance sources and methods. The APA is a social protection measure worth rectifying so that it becomes more efficient and ensures its continuation in a difficult financial climate.

Au moment d'écrire ce texte, l'auteur était conseiller scientifique à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie à Paris. Ce texte est extrait d'un document soumis au groupe « Accueil et accompagnement des personnes âgées » présidé par Mme Évelyne Ratte dans le cadre du Débat sur la dépendance (2011).
Les analyses et opinions de ce texte n'engagent en rien la CNSA.

Le vieillissement de la population entraîne un changement majeur dans l'importance relative des maladies et des soins à apporter. D'une prépondérance de maladies aiguës au siècle dernier, nous passons maintenant à une ère où les maladies chroniques deviennent plus prévalentes. Le système de santé hospitalocentrique développé aux XIX^e et XX^e siècles pour faire face aux maladies aiguës, surtout infectieuses, s'avère maintenant inapproprié pour répondre aux besoins d'une population vieillissante. Le système de santé doit donc être recentré autour du lieu de résidence des personnes atteintes de maladies chroniques et nécessitant des soins à long terme¹. Les soins et services à domicile constituent alors des éléments-clé de toute politique publique de solidarité, la solution institutionnelle devant être réservée aux personnes lourdement handicapées n'ayant pas d'autres choix.

1. Hébert R. (2010). Home Care: From Adequate Funding to Integration of Services. *Health Care Papers*, 10(1), 68-69.

2. Hébert R., Dubuc N., Buteau M., Desrosiers J., Bravo G., Trottier L. *et al.* (2001). Resources and costs associated with disabilities of elderly people living at home and in institutions. *Canadian Journal on Aging*, 20 (1), 1-21.

3. Nous utilisons la définition de l'OMS et de l'OCDE pour les soins à long terme (long-term care) qui comprennent les services à domicile et en institutions.

De plus, les soins et services que requièrent les malades souffrant de problèmes chroniques vont bien au-delà des soins médicaux qui prennent alors une place plus marginale. Ce sont les incapacités découlant des maladies chroniques qui conditionnent surtout le recours aux soins et services². L'objectif devient donc d'optimiser l'autonomie des individus en minimisant les incapacités et handicaps ou en fournissant le soutien nécessaire pour les pallier.

Dans cet article, nous présentons d'abord une analyse des différents systèmes de financement des soins et services à long terme³ aux personnes âgées avant d'examiner les lacunes de l'Allocation personnalisée d'autonomie en France pour dégager des pistes d'amélioration de cette mesure innovante de solidarité.

LES SYSTÈMES DE FINANCEMENT DES SOINS DE LONGUE DURÉE À TRAVERS LE MONDE

Traditionnellement, les systèmes de santé des pays occidentaux se sont développés selon deux modèles de base. Suite au rapport Beveridge dans les années 40, l'Angleterre, les pays scandinaves et plus tard le Canada ont plutôt opté pour des systèmes de santé à couverture universelle financés par les impôts. La majorité des services dans ces pays est dispensée par le réseau public et l'intervention des prestataires privés est plus marginale. Les soins de longue durée se sont ajoutés progressivement aux services offerts au cours des dernières décennies. Dans ces pays, c'est à l'État plu-

tôt qu'à la famille que revient la responsabilité de fournir des services. Ces systèmes sont généralement plus généreux et en conséquence plus coûteux pour l'État, du moins dans les pays scandinaves. Les soins de longue durée sont devenus, notamment en Suède et au Danemark la responsabilité des municipalités qui répondent aux besoins des personnes en perte d'autonomie sans seuil minimal d'incapacités et sans considérer les ressources financières des bénéficiaires^{4,5,6}. Les personnes sont évaluées par les professionnels et les services nécessaires sont fournis par des prestataires financés et gérés par les municipalités. La priorité est donnée au maintien à domicile et les services sont dispensés dans le milieu de vie de la personne, peu importe où elle habite. En Angleterre, alors que les soins infirmiers sont couverts par l'assurance maladie sans conditions de ressources, les soins personnels et l'aide ne sont assumés que lorsque la personne est admissible (ce qui se réduit aux cas les plus lourds), lorsqu'il n'y a pas de proches aidants et lorsque le revenu se situe sous un seuil de 27 000 £ annuellement. L'admissibilité est évaluée par un gestionnaire de cas qui gère un forfait de soins (« care package ») afin de mettre en place un plan d'aide. L'utilisateur peut aussi choisir de recevoir une allocation en espèce (« direct payment ») pour engager des prestataires qui ne peuvent toutefois pas résider dans le même logement. Avec les compressions budgétaires des dernières années, l'admissibilité a été considérablement restreinte mais une réforme est annoncée pour offrir une couverture gratuite plus universelle⁷.

Le modèle d'assurance sociale créé à l'origine en Allemagne par Bismarck à la fin du XIX^e siècle est basé sur des cotisations obligatoires prélevées en cours d'emploi afin de couvrir les risques les plus importants pour soi et sa famille : retraite, accidents du travail, famille et santé. Les personnes non-salariées sont couvertes par une assurance publique. La plupart des pays européens continuent de développer ce type de couverture sociale au XX^e siècle et la dépendance s'est ajoutée comme un 5^e risque au cours des dernières décennies par la création d'assurances spécifiques pour les soins à long terme⁸. Mises en place d'abord aux Pays-Bas (1968) puis en Autriche (1993) et en Allemagne (1994), ces assurances couvrent tant les personnes âgées que les personnes handicapées et ce, sans tenir compte des ressources financières du bénéficiaire. Dans ces régimes, l'État agit par subsidiarité lorsque la personne ou la famille ne peut pas subvenir aux besoins.

4. Stuart M. & Weinrich, M. (2001). Home- and Community-Based Long-Term Care: Lessons from Denmark. *The Gerontologist*, 41(4), 474-480.

5. Schulz E. (2010b). The Long-Term Care System in Denmark., Discussion Papers No. 1038. Berlin: German Institute for Economic Research (DIM Berlin).

6. Trydegard G.B. & Thorslund M. (2010). One uniform welfare state or a multitude of welfare municipalities? The evolution of local variation in Swedish elder care. *Social Policy and Administration*, 44(4), 495-511.

7. Comas-Herrera A., Wittenberg R. & Pickard L. (2010). The long road to Universalism? Recent developments in the financing of long-term care in England. *Social Policy and Administration*, 44(4): 375-391.

8. Joël M.E. & Dufour-Kippelen S. (2002). Financing systems of care for older persons in Europe. *Aging Clinical and experimental research*, 14(4), 293-299.

9. Schut F. & Van den Berg B. (2010). Sustainability of comprehensive universal long-term care insurance in the Netherlands. *Social Policy and Administration*, 44(4), 411-435.

10. Da Roit B. & Le Bihan B. (2010). Similar and yet so different : cash-for-care in six European countries' long-term care policies. *The Milbank Quarterly*, 88(3), 286-309.

11. Schulz E. (2010). The long-term care system in Germany. Discussion papers No. 1039, Berlin: German Institute for Economic Research (DIM Berlin).

12. Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance (2009). *L'assurance dépendance : guide pratique*. Luxembourg: Ministère de la sécurité sociale.

13. Rothgang H. (2010). Social insurance for long-term care: an evaluation of the German model. *Social Policy and Administration*, 44(4), 436-460.

14. Ikegami N. (2007). Rationale, design and sustainability of Long-Term care insurance in Japan – in retrospect. *Social Policy and Society*, 6(3), 423-434.

15. Ng G.T. (2007). Learning from Japanese experience in aged care policy. *Asian Social Work and Policy Review*, 1, 36-51.

16. Tsutsui T. & Maramatsu N. (2005). Care-Needs certification in the Long-Term Care Insurance System in Japan. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 522-527.

17. Tsutsui T. & Maramatsu N. (2007). Japan's universal long-term care system reform of 2005: containing costs and realizing a vision. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55, 1458-1463.

L'admissibilité à l'allocation est définie par des critères distinguant différents niveaux de dépendance donnant droit à des allocations spécifiques. Un processus d'évaluation utilisant un examen médical (Autriche et Allemagne) ou un outil standardisé comme aux Pays-Bas déterminent l'admissibilité à l'allocation⁹. Cette allocation peut être utilisée en nature ou en espèces (« cash-for-care »), sauf en Autriche où seule l'allocation en espèces est possible. L'allocation en espèces est souvent versée directement aux personnes et ce, sans restriction ni contrôle. Elles peuvent s'en servir pour rémunérer les proches aidants ou des employés, ce qui a donné lieu dans certains de ces pays au développement d'un marché « gris », constitué principalement d'immigrants souvent clandestins¹⁰. En Allemagne¹¹, comme au Luxembourg¹², le coût des prestations privées est négocié avec les consortiums d'assurances dépendance et il n'y a pas de surfacturation possible aux clients. Il n'y a habituellement pas de franchise (co-paiement) mais le reste à charge pour certains services peut être élevé, notamment en institution¹³.

Ces assurances étaient à l'origine financées exclusivement par le biais de cotisations des employeurs et des employés. On note maintenant dans plusieurs pays une variété des sources de financement qui incluent l'impôt, comme c'est le cas en France, au Japon, en Corée du Sud au Luxembourg et en Espagne.

Au Japon,^{14,15,16,17} le « Kaigo Hoken » (KH) a été instauré en 1997 dans le cadre d'un processus de « socialisation des soins ». Là encore, l'admissibilité repose sur des critères de dépendance (six des sept niveaux) établis suite à une évaluation standardisée révisée par un comité d'expert et ce, sans tenir compte des ressources financières du bénéficiaire. L'allocation sert exclusivement à rembourser les soins dispensés par des agences privées et ne peut être utilisée en espèces ou pour rémunérer les proches. Un gestionnaire de cas est attribué à chaque bénéficiaire pour évaluer les besoins, élaborer le plan de soins, négocier et coordonner les services, surveiller la qualité des prestations et réévaluer la personne. Seule une quote-part forfaitaire de 10% est exigée du bénéficiaire. Le financement du KH est assuré par des déductions sur les pensions de vieillesse (1/6), une prime prélevée chez les travailleurs de 40 à 64 ans (1/3) et les taxes municipales et nationales (1/2).

Plus récemment (2006), l'Espagne¹⁸ a implanté un système de protection sociale pour les personnes en situation de dépendance et a créé l'Institut de Mayores y Servicios Sociales (Imserso), une caisse financée par l'État, les Communautés autonomes et les municipalités. L'admissibilité est établie suite à une évaluation standardisée réalisée par une équipe locale qui classe les personnes selon six niveaux d'incapacité. L'allocation peut être versée en espèces ou en nature et peut servir à rémunérer les proches. Une quote-part du bénéficiaire est établie selon les revenus mais elle ne peut excéder 25% de l'allocation. L'Italie¹⁹ a un système d'allocation en espèces dont le financement est plutôt assuré par l'impôt. Les critères d'admissibilité sont beaucoup plus vagues et il n'y a pas d'évaluation standardisée. Cette allocation peut être utilisée pour rémunérer les proches ou des employés avec le développement là aussi d'un « marché gris » important (les « badanti »). La Corée du Sud a aussi créé plus récemment une assurance publique pour les soins à long terme des personnes âgées en 2008²⁰ financée par l'État et les cotisations des salariés.

Le tableau 1, page suivante, compare les principales caractéristiques des différents systèmes de financement des soins à long terme dans six des principaux pays.

ANALYSE CRITIQUE DE L'APA FRANÇAISE

En France²¹, l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), faisant suite à la Prestation spécifique dépendance (PSD) créée en 1997 (Loi 97-60), a été instaurée en 2002 (Loi 2001-647). Son financement relève en partie de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), créée en 2004 (Loi 2004-626) et mise en place en 2005. La CNSA est financée par les employeurs (abolition d'un congé férié), un pourcentage des revenus des contribuables et une part de la contribution sociale générale (CSG). En plus de la part octroyée par la CNSA, l'APA est financée par les départements via la fiscalité locale et des transferts d'impôts de l'État. L'APA est déterminée suite à une évaluation standardisée réalisée par des équipes multidisciplinaires départementales des conseils généraux qui recommandent un plan d'aide. L'admissibilité à l'APA repose sur l'atteinte d'un certain niveau de dépendance (quatre des six niveaux). Le plan d'aide, déterminée par l'équipe d'évaluation, tient compte des aides apportées par les proches et établit les services complémentaires à mettre en place et à finan-

18. Costa-Font J. & Gonzalez A.G. (2010). Long-term care reform in Spain. *Health Policy Development. Eurohealth*, 13(1), 20-22.

19. Costa-Font J. (2010). Devolution, diversity and welfare reform: long-term care in the "Latin rim". *Social Policy and Administration*, 44(4), 481-494.

20. Seok J.E. (2010). Public long-term care insurance for the elderly in Korea: design, characteristics, and tasks. *Social Work in Public Health*, 25, 185-209.

21. Le Bihan B. & Martin C. (2010). Reforming long-term care policy in France: private-public complementarities. *Social Policy and Administration*, 44(4), 392-410.

Tableau 1. Comparaison des principaux régimes de couverture des soins à long terme

	Beveridgiens	
	Suède	Danemark
Historique	1992 (Réforme Ädel): décentralisation et réforme des soins à long terme	1988: plus de nouveaux centres d'hébergement; 1995: création des soins intégrés
Gestion	Municipalités	Municipalité
Couverture*	2 systèmes: PA (≥ 65) et PH	Tous âges
Assurance privée	Non	Non
Admissibilité	Toutes formes d'incapacités	Toutes formes d'incapacités
Évaluation	Professionnels locaux (care manager)	Professionnels
Instrument	Pas d'instrument standardisé	Évaluation globale standardisée (inclut le Barthel)
Allocations	En nature surtout	En nature (choix d'un prestataire public ou privé)
Allocation en espèces	Introduite en 2005 dans certaines régions seul (attendance allowance); Seul 0,1% des bénéficiaires	
Rémunération des aidants	Non	
Mécanisme de reddition de comptes	n/a	
Quote-part des bénéficiaires	Selon les revenus (minimale)	
Financement	Impôt	Impôt

Bismarkiens

Pays-Bas	Allemagne	Japon	France
1968: création de l'Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ)	1995: création du Pflegeversicherung (assurance dépendance)	1997: création du kaigo hoken (Assurance des soins à long terme) ; Implantation en 2000	1997: création de la Prestation spécifique dépendance (PSD); 2004: création de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
Régions	Régions	Municipalités	Départements
Tous âges	Tous âges	≥ 65 (40-64 avec conditions gériatriques)	≥ 60
Complémentaire	Substitutive (doit avoir même couverture): 10% de la population	Non	Complémentaire pour les lourdes incapacités seulement.
Toutes formes d'incapacités	3 niveaux d'indépendance + soins exceptionnels (démence)	6 des 7 niveaux d'indépendance	4 des 6 niveaux d'incapacités
Équipe nationale (Center for needs Assessment)	Medical Review Board (public) Medicproof (privé)	Gestionnaire de cas; Révisé par comité d'expert	Équipe régionale
Instrument d'évaluation national (108 items; nombre d'heures de soin)	Grille médicale unique	Grille de 79 items: Incapacité, heures de soins, médical.	Grille d'incapacités
En nature ou en espèces (75%)	En nature ou en espèces (50%) ou combiné	Remboursement des agences privées de soins	En nature ou en espèces (avec contrôle)
Dutch Persoonsgebonden Budget: peut être utilisée pour rémunérer les aidants	Allocation de soins (Pflegegeerd): versée directement à la personne	Non	Utilisation de l'APA pour l'emploi direct
Oui	Oui	Non	Oui (sauf conjoint)
Oui	Non (marché gris)	n/a	Oui
Selon les revenus (mais demeure minimale)	Non	Fixe: 10% pour tous les services	Selon les revenus (peut atteindre jusqu'à 90% de l'APA)
Contribution de tous les citoyens ≥ 15 ans qui travaillent	1,95% des revenus (max: 3.675 €/mois) +0,25% pour adultes ≥ 23 sans enfants	1/6: déductions sur pensions de vieillesse; 1/3: prime chez les 40-64 ans ½: taxes centrales et municipales	Contribution employeur (congé férié) 0,3% des avoirs et du revenu; 0,1% contribution sociale généralisée; Transfert de crédits

22. Debout C. & Lo S.H. (2009). L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2009. Études et analyses DREES, 710 :1-6.

cer. L'APA peut être utilisée en nature via des organismes prestataires ou mandataires. Elle peut aussi être encaissée en espèces pour rémunérer des proches (mais pas le conjoint) qui effectuent des tâches définies par le plan d'aide selon des ententes de gré-à-gré. Une quote-part (ticket modérateur) est établie selon les revenus de la personne et peut s'élever jusqu'à 90% de l'APA. En 2009, ce ticket modérateur représentait en moyenne 18% de l'APA total²². Le reste à charge pour les usagers peut souvent s'avérer élevé, d'autant plus que les tarifs des prestataires de soins à domicile ne sont pas nécessairement fixés par des ententes.

L'APA est un système de financement novateur pour les personnes âgées en perte d'autonomie qui présente de nombreuses caractéristiques intéressantes. Soulignons, entre autres :

- une couverture universelle, bien que la présence d'un ticket modérateur limite considérablement cette universalité en pratique;
- des critères nationaux d'admissibilité et d'attribution;
- une évaluation standardisée des incapacités (grille AGGIR) générant des groupes homogènes d'usagers (GIR);
- un plan d'aide individualisé avec un mécanisme de contrôle;
- une certaine flexibilité dans l'utilisation de l'APA (services prestataire ou mandataire ou emploi direct);
- une gestion décentralisée dans les départements;
- un financement en partie centralisé autour d'une caisse spécifique (CNSA);
- des incitatifs à utiliser le maintien à domicile plutôt que l'institution.

Par contre, le dispositif présente certaines lacunes qu'il conviendrait de corriger en s'inspirant des expériences étrangères.

LA FRAGMENTATION DES SERVICES

La France présente un système de soins à long terme très complexe par la présence des multiples financeurs et dirigeants impliqués, la gestion relevant de plusieurs organismes et les prestations réalisées par de nombreuses organisations des domaines associatif, lucratif ou libéral. Cela entraîne des redondances et de la fragmentation tout en limitant la lisibilité du système pour les usagers. Le défi de la coordination est ici encore plus important que dans les autres pays occidentaux. Ailleurs, la mise en place de mécanisme d'intégration des services a montré son efficacité pour améliorer l'efficacité des services et prévenir la perte d'autonomie

des personnes. Par exemple, PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie) est un modèle d'intégration de type coordination développé au Québec qui prévoit la mise en place de six éléments : table de concertation locale, gestion de cas, guichet unique, plan de service individualisé, outil unique d'évaluation et dossier clinique informatisé partageable²³. La table de concertation réunit l'ensemble des acteurs impliqués dans les services aux personnes âgées sur le territoire (organismes d'aide et de soins à domicile, hôpital, établissement d'hébergement, professionnels libéraux, etc.). Si une structure de coordination existe déjà (CLIC ou réseau gérontologique, par exemple), cette structure sera bien sûr partie prenante. Cette table implante une gouvernance partagée entre les organisations qui doivent passer d'une approche d'usager à une approche de population. Un tel modèle peut s'adapter aux réalités locales et se greffer aux efforts de coordination déjà en place (CLIC et réseaux gérontologiques, par exemple) sans ajouter de nouvelles structures. Le modèle PRISMA a montré son efficacité et son efficacité à diminuer la perte d'autonomie des personnes et le recours aux services d'urgence tout en améliorant la satisfaction et l'empowerment des usagers²⁴. Il a pu être implanté en France²⁵ et a été adapté aux services dédiés à une affection spécifique dans les Maisons pour l'autonomie des malades d'Alzheimer (MAIA). Les implantations expérimentales des MAIA se sont avérées concluantes et il conviendrait d'examiner l'élargissement de ce modèle à l'ensemble des situations complexes des personnes âgées en perte d'autonomie.

L'ÉVALUATION

La grille AGGIR qui permet de déterminer l'admissibilité à l'APA présente des lacunes importantes^{26,27,28}. L'échelle de cotation qui utilise des critères généraux basés sur des adverbes n'est pas suffisamment spécifique et présente des problèmes importants de reproductibilité. Les fonctions mentales et de communication ne sont pas suffisamment renseignées, ce qui sous-estime les incapacités, notamment pour les personnes présentant des troubles cognitifs. La classification GIR quant à elle est beaucoup trop grossière et ne permet pas de bien caractériser certains groupes de personnes en perte d'autonomie pour lesquelles des interventions mieux ciblées seraient nécessaires (notamment pour les personnes présentant des troubles cognitifs). De plus, cette classification

23. Hébert R. et le groupe PRISMA (2003). L'intégration des services aux personnes âgées: une solution prometteuse aux problèmes de continuité. Santé, Société et Solidarité. Revue de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité, numéro hors série : 67-76..

24. Hébert R., Raïche M., Dubois M.-F., Gueye N.R., Dubuc N., Tousignant M. and the PRISMA Group (2010). Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): A quasi-experimental study. The Journals of Gerontology; Psychological Sciences and Social Sciences, 65B, 107-118.

25. Somme D., Trouvé H., Couturier Y., Carrier S., Gagnon D., Lavallart B., Hébert R., Crétin C. & Saint-Jean O. (2008). Prisma France : programme d'implantation d'une innovation dans un système de soins et de services aux personnes en perte d'autonomie. Adaptation d'un modèle d'intégration basé sur la gestion des cas. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 56 : 54-62.

26. Colvez A. (2003). Rapport du comité scientifique pour l'évaluation de l'autonomie, Paris: Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.

27. Ennuyer B. (2006). Le processus d'évaluation des besoins des personnes âgées dépendantes. Actualité et dossier en santé publique, 56 : 59-60.

28. Gisserot H. (2007). Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix. (n° 188) Paris : Cour des comptes.

29. Dubuc N., Hébert R., Desrosiers J. & Buteau M. (2003). Les soins de longue durée aux personnes âgées : choix d'un système clinico-administratif dans le contexte d'un réseau intégré. *La Revue canadienne du vieillissement*, 23(1) :35-46.

30. Hébert R., Desrosiers J., Dubuc N., Tousignant M., Guilbeault J. & Pinsonnault E. (2003). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). *La Revue de gériatrie*, 28(4), 323-334.

31. Desrosiers J., Bravo G., Hébert R. & Dubuc N. (1995). Reliability of the revised functional autonomy measurement system (SMAF) for epidemiological research. *Age Ageing*, 24:402-406.

32. Dubuc N., Hébert R., Desrosiers J., Buteau M. & Trottier, L. (2006). Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: The Iso-SMAF profiles. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 42, 191-206.

ayant été obtenue par une analyse en composante principale, elle n'est basée que sur certains items de la grille AGGIR, ce qui simplifie de façon indue la complexité des problèmes vécus par les personnes. Elle est aussi conçue de façon hiérarchique²⁹ au moyen d'un algorithme simple, de sorte qu'il est facile pour un évaluateur averti de prédire l'influence d'un changement de cotation de la grille AGGIR sur le GIR généré, pavant ainsi la voie à des manipulations indues.

Dans ce domaine, d'autres outils plus valides et performants existent et pourraient améliorer sensiblement le processus d'évaluation et d'attribution de l'APA. Mentionnons notamment le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), basé sur la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps de l'OMS, qui évalue 35 fonctions incluant les activités de la vie quotidienne (7 items), la mobilité (6 items), les fonctions mentales (5 items), les fonctions de communication (3 items), les tâches domestiques (8 items) et le fonctionnement social (6 items)³⁰. Pour chaque item, l'évaluateur doit coter la performance de l'utilisateur selon des critères précis et spécifiques, ce qui confère à la grille une reproductibilité et une fidélité inter-juges très grandes³¹.

À partir de cette évaluation, un système de classification a été développé pour soutenir la gestion des services à partir d'une analyse en grappe qui utilise tous les items sauf ceux du fonctionnement social. Ainsi, les milliards de profils d'incapacités possibles peuvent être regroupés en 14 Profils Iso-SMAF³² qui conditionnent chacun une offre de services requis et un coût théorique. Ces profils distinguent très bien les personnes présentant des incapacités surtout mentales (4 profils spécifiques) de celles avec des incapacités surtout motrices (3 profils spécifiques), tout en rendant compte des situations où seulement des incapacités aux tâches domestiques sont identifiées (3 profils) et celles à l'autre bout du spectre où les personnes présentent des incapacités mixtes et importantes (4 profils). L'appartenance à un profil s'obtient par un calcul complexe réalisé par un logiciel et utilisant les analyses de grappe («cluster analysis»), ce qui protège d'une manipulation indue. Le SMAF et les Profils Iso-SMAF sont utilisés au Québec pour l'évaluation et la gestion des personnes âgées et handicapées requérant des services tant à domicile qu'en institution. Ils ont été implantés en Dordogne avec succès dans des structures médico-sociales pour personnes âgées et handicapées tant à

domicile qu'en institution³³. Cette étude a permis de démontrer la grande hétérogénéité des groupes GIR, notamment pour le GIR 4. Le SMAF et son système de classification mériteraient d'être considérés dans une éventuelle réforme de l'évaluation des besoins.

Enfin, les équipes médico-sociales qui procèdent à l'évaluation des personnes sont sous la gouvernance des conseils généraux (CG) qui financent par ailleurs l'APA. Cette dépendance peut entraîner une influence indue des CG dans l'évaluation, d'autant plus que l'outil d'évaluation est imprécis et que le système de classification GIR est perméable à une éventuelle manipulation. Il conviendrait donc de rendre plus indépendante l'évaluation des besoins et la construction du plan d'aide, comme c'est le cas au Luxembourg et aux Pays-Bas où l'équipe d'évaluation et d'orientation est sous la gouverne d'une organisation différente de l'organisme financeur. En France, sans ajouter d'autres structures, on pourrait confier la responsabilité de cette évaluation aux tables de concertation mises en place lors de l'intégration des services (modèle MAIA) et qui encadreraient l'action des gestionnaires de cas.

LE PLAN D'AIDE

Le plan d'aide généré par l'équipe médico-sociale des départements comporte plusieurs lacunes. D'abord, il est établi en tenant compte de l'implication des proches aidants qui sont alors considérés comme des ressources disponibles et non des partenaires. Le plan d'aide viendra ainsi compléter ce qui est réalisé sans que les limites de l'intervention des proches soient questionnées. Alors que le montant maximal de l'APA est déterminé par les incapacités de la personne via son GIR, le montant effectif de l'APA conditionné par le plan d'aide est lui modulé par la contribution en nature des proches aidants. Ainsi, seulement 26% des bénéficiaires de l'APA à domicile ont un plan d'aide « saturé », c'est-à-dire égal au plafond³⁴.

Ensuite, le plan d'aide se résume bien souvent à un nombre d'heures de prestations à domicile ou en accueil de jour en plus d'allocations pour des produits de protection ou de sécurité (télé-alarme). Un plan d'aide devrait plutôt énumérer les problèmes ou besoins observés et, pour chacun d'entre eux les objectifs de l'intervention, les actions préconisées, les intervenants ciblés et l'échéance de réévaluation³⁵. Un tel plan servirait aux prestataires

33 Gervais P., Hébert R., Tousignant M., Bergeron D. & Bernier R. (2010). Évaluation de l'implantation du SMAF et du eSMAF dans les établissements médico-sociaux du Bergeracois desservant les personnes âgées et les personnes handicapées. Sherbrooke: Centre d'expertise en santé de Sherbrooke.

34. Bérardier M. & Debout C. (2011). Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile en regard des plafonds nationaux applicables. Études et résultats DREES, 748.

35. Somme D., Bonin L., Lebel P., Hébert R. & Blanchard F. (2009). Development of an individualized service plan tool and rules for care management in Quebec. *Care Management Journals*, 10(3): 89-99.

pour guider leurs interventions et fournirait une base solide à une évaluation de qualité des prestations. Enfin, il importe d'introduire une procédure formelle d'approbation du plan d'aide par l'utilisateur ou sa famille dans une perspective d'impliquer davantage l'utilisateur dans les décisions qui le concernent.

Les équipes médico-sociales ne sont responsables que de l'évaluation et de l'élaboration du plan d'aide. Elles ne sont pas responsables de la mise en place du plan d'aide et, bien que la loi instaure le principe d'une révision périodique du suivi des bénéficiaires, elles ne réévaluent les personnes que lorsque des demandes en ce sens leur sont adressées par les bénéficiaires ou les prestataires. Dans un contexte où la prestation de services est fractionnée par de multiples organisations et étant donné la vulnérabilité de ces personnes âgées fragiles, cette limitation de la fonction des équipes médico-sociales pose problème quant à la coordination des interventions et leur ajustement à l'évolution des besoins des usagers. Le Japon a mis en place son assurance dépendance en confiant la fonction d'évaluation aux gestionnaires de cas dans une perspective d'intégration des services. Un tel modèle pourrait être adapté en France avec, pour les cas plus complexes, transformation de certains membres de l'équipe médico-sociale en gestionnaires de cas dans le cadre de la mise en place de réseaux intégrés de type PRISMA ou MAIA élargie. Ces équipes auraient alors, non seulement la tâche d'évaluer et d'élaborer le plan d'aide mais aussi d'implanter ce plan, de coordonner les services, d'assurer la veille qualité des services et de suivre et réévaluer les bénéficiaires. Cela assurerait également une plus grande indépendance des équipes d'évaluation par rapport au financeur.

LE FINANCEMENT

Le financement des assurances de soins à long terme basé sur les incapacités n'incite pas les services à réadapter les personnes, stimuler leur autonomie ou prévenir des détériorations. Une éventuelle amélioration de l'autonomie des usagers se traduirait en effet par un manque à gagner pour le service ou l'établissement. Cet effet pervers peut être contourné par la mise en place d'un incitatif financier au soutien à l'autonomie. Cet incitatif serait basé sur l'amélioration de l'autonomie des usagers d'un service ou leur détérioration moindre que celle attendue. Ainsi, une partie du manque à gagner induit par une amélioration de

l'autonomie serait octroyée au service pour soutenir des actions de formation du personnel, de réadaptation et de prévention ou des approches visant à stimuler l'autonomie des usagers. Une telle mesure nécessite toutefois deux conditions qui font actuellement défaut en France. D'abord, l'outil d'évaluation des capacités fonctionnelles doit être suffisamment sensible pour détecter des améliorations légères mais significatives de l'autonomie des usagers. La grille AGGIR et encore moins les groupes GIR ne permettent pas d'implanter une telle mesure, à la différence de l'outil SMAF. Ensuite, il n'y a pas de bases de données longitudinales des usagers qui permettent de suivre la trajectoire d'une personne. Les bases de données actuelles décrivent les usagers d'un service ou d'un établissement de façon transversale (coupes GIR) et ce, à intervalle trop long (2 ans) pour détecter des changements informatifs.

Par ailleurs, le ticket modérateur peut atteindre 90% pour les usagers mieux nantis (gagnant plus de 2.747 €/mois). Cela exclut à toutes fins pratiques cette catégorie de citoyens et il est probable que les assurances dépendances privées rejoignent surtout cette fraction de la population qui est moins bien couverte par le régime public. En 2009, 75% des bénéficiaires de l'APA apportaient, par le biais de ce ticket modérateur, une contribution qui s'élevait à 119 €/mois en moyenne. Pour la classe moyenne, ce ticket modérateur peut constituer un frein important à la mise en place du plan d'aide élaboré par l'équipe médico-sociale afin de répondre aux besoins. Étant donné la contribution substantielle qui leur est demandée, certains usagers demanderont que soit révisé à la baisse leur plan d'aide. Dans la plupart des pays qui ont un système d'allocation similaire, il n'y a pas de ticket modérateur (Allemagne) ou cette contribution est faible (Pays-Bas) ou fixe (Japon: 10%).

Enfin, la plupart des pays ont opté pour des sources variées de financement des soins à long terme en combinant les cotisations sociales et la participation de l'État via les impôts. Ces pays ont toutefois canalisé ces financements vers un fonds spécifique administré par un organisme qui veille à la gestion et à la distribution des financements. Bien que la France ait aussi créé une telle structure, la CNSA ne gère qu'une partie des financements. Cela crée de la confusion tout en limitant la capacité de la CNSA de jouer pleinement un rôle de modulation, de contrôle et de distribu-

tion régionale efficace et équitable. L'intégration financière est aussi une condition importante pour assurer la coordination des actions au niveau local et régional et une simplification des flux financiers faciliterait sans doute une prestation plus coordonnée de services.

LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

La structure de tarification actuelle de l'APA ne prévoit en fait que deux cas de figure: la prestation à domicile ou l'institutionnalisation en EHPAD. La professionnalisation des EHPAD a généré en fait une médicalisation encouragée par le financement qui repose en partie sur les diagnostics et services médicaux par le biais du système PATHOS. Ces EHPAD ne devraient donc accueillir que des usagers en grande perte d'autonomie mais on y retrouve aussi, et pour plus de la moitié, des personnes avec des pertes modérées voire faibles d'autonomie qui, faute d'alternatives, y sont hébergées. Pas étonnant que la France ait un des taux d'hébergement les plus élevés en Europe et qui de surcroît va augmenter davantage avec le Plan Solidarité Grand Âge qui prévoit la création substantielle de places. Faute d'alternative car il n'existe pas en France un réseau structuré de ressources intermédiaires. Ces ressources sont des lieux collectifs d'habitation où les résidents peuvent recevoir des soins, de l'aide et des services dans un environnement plus proche du domicile traditionnel^{36,37}. Certes, les foyer-logements pourraient constituer le cadre de ces ressources mais les règles actuelles les empêchent d'accueillir des usagers en perte significative d'autonomie. Plusieurs pays développent ce type de structures, certaines s'adressant même à des usagers spécifiques comme les malades d'Alzheimer. Il importe d'introduire plus de flexibilité à l'APA afin de favoriser l'émergence de ces nouveaux modes d'hébergement où les usagers peuvent vieillir et continuer à recevoir les services dont ils ont besoin malgré une perte progressive d'autonomie.

L'EMPLOI DIRECT

L'utilisation de l'APA sous forme d'emploi direct (gré-à-gré) est beaucoup mieux contrôlée en France que dans d'autres pays où les allocations en espèce peuvent être utilisées par les usagers pour rémunérer des proches ou des employés sans contraintes ou contrôle (Allemagne, Autriche ou Italie, par exemple). L'utilisation

36. Direction générale des services à la population (2001). *Ressources intermédiaires: cadre de référence*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.

37. Dubuc N., Demers L., Tousignant M., Tourigny A., Dubois M.F., Caron C. *et al.* (2009). *Évaluation de formules novatrices alternatives à l'hébergement plus traditionnel*. Sherbrooke: Centre de recherche sur le vieillissement (rapport de recherche).

du chèque emploi service universel (CESU) fournit aux employés des bénéficiaires sociaux et un encadrement légal minimal, ce qui permet de contourner, du moins partiellement, le problème de la perpétuation de l'exclusion des femmes du marché du travail. L'emploi direct constitue environ 25% de l'offre. Toutefois, cette proportion moyenne cache des différences importantes selon le GIR des usagers. L'emploi direct est utilisé beaucoup plus pour les GIR 1 et 2 que pour les 3 et 4. Dans le département de la Dordogne, par exemple, l'emploi direct est utilisé par 43% des usagers en GIR1 alors que seulement 11% des usagers en GIR4 recourent à ce type de service. Cela signifie que lorsque les besoins sont plus importants, les usagers préfèrent recevoir plus d'heures de service via l'emploi direct où les salaires sont en général moitié moindres que les tarifs des services prestataires ou mandataires. Le problème, c'est que ce mode de prestation est celui dont la qualité est la moins contrôlée et où les employés sont le moins bien formés. Ils interviennent donc auprès des usagers les plus vulnérables et dont les situations sont les plus complexes, ce qui pose la question de la qualité de la prestation. Il faudrait décourager l'utilisation de l'emploi direct pour les usagers de GIR1 et 2 ou, à défaut, vérifier régulièrement la qualité des prestations et s'assurer que la formation des intervenants rencontre des standards minimaux.

L'APA en France est un système de financement des soins à long terme novateur qui s'inscrit dans la foulée des stratégies nationales des pays industrialisés pour répondre aux besoins de leur population vieillissante. Les lacunes que nous avons identifiées ne doivent pas remettre en question le bien-fondé de cette mesure de protection sociale. De fait, alors que l'assurance-maladie a représenté l'innovation sociale de la seconde moitié du XX^e siècle, les régimes d'assurance contre la perte d'autonomie constitueront sans doute l'innovation sociale du XXI^e siècle. Il importe toutefois de capitaliser sur les expériences en cours dans plusieurs pays afin d'améliorer l'efficacité de l'APA.

À la lumière de cette analyse, nous suggérons de considérer les modifications suivantes à l'APA :

- implanter un mécanisme d'intégration des services en élargissant le modèle des MAIA à l'ensemble des situations complexes des personnes âgées en perte d'autonomie ;
- adopter un outil mieux validé et plus précis pour l'évaluation des besoins et la détermination des niveaux d'APA ;
- séparer les processus d'évaluation et de financement au niveau local ;
- améliorer le plan d'aide, obtenir l'adhésion formel des usagers et communiquer ce plan aux prestataires ;
- élargir le rôle des équipes médico-sociale pour qu'elles assurent pour les cas complexes la coordination des services, le suivi des usagers et l'évaluation de la qualité des prestations ;
- introduire des incitatifs à la prévention et à la réadaptation dans la tarification ;
- diminuer ou abolir le ticket modérateur qui limite l'accès aux services ;
- fixer les tarifs des prestations par convention avec les entreprises et les associations ;
- rendre plus flexible l'APA afin de financer des ressources intermédiaires ;
- limiter l'utilisation de l'emploi direct dans le cas d'usagers en lourde perte d'autonomie, mettre en place des formations pour ces employés et introduire des mécanismes de contrôle de qualité de ce mode de prestation ;
- concentrer le financement des soins à long terme à la CNSA.

Ces améliorations devraient résulter en un système plus performant et efficient qui limitera la progression des dépenses de ce secteur. Au cours des prochaines années, le vieillissement de la population entraînera sans doute une augmentation des dépenses en soins et services de longue durée. Cela coûtera plus cher ; la question est de savoir combien plus et au bénéfice de qui ? Une couverture publique telle l'APA est sans conteste la solution la plus efficiente qui permet à l'État d'exercer un contrôle étroit des dépenses tout en évitant d'exploiter à des fins profitables la perte d'autonomie des personnes âgées. Comme disent les Anglo-Saxons, dans le débat actuel il faut « éviter de jeter le bébé avec l'eau du bain ». L'APA mérite d'être améliorée pour le plus grand bien des personnes âgées que nous servons actuellement et que nous serons tous bientôt, inévitablement. ■