



# Evaluation de la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement pour le volet domicile

## RAPPORT TOME I

Établi par

Anne-Carole BENSADON

François SCARBONCHI

Christine DANIEL

Membres de l'Inspection générale  
des affaires sociales

Membre de l'Inspection générale  
de l'administration



N°2017-004R



N°16113-R1

- Septembre 2017 -



## SYNTHÈSE

[1] Les ministres chargés de la santé et de l'intérieur ont confié à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'inspection générale de l'administration (IGA) une mission d'évaluation de la mise en œuvre du volet « domicile » de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (dite loi ASV). Le présent rapport, élaboré par Anne-Carole Bensadon et Christine Daniel, membres de l'IGAS et François Scarbonchi, membre de l'IGA, rend compte de ces travaux. Pour les réaliser, la mission s'est appuyée sur une analyse documentaire, des échanges avec les parties prenantes et une mobilisation des données disponibles.

[2] La loi ASV comporte plusieurs dispositions qui visent à améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées, mais leur application s'avère souvent complexe.

[3] Les mesures de revalorisation financière de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) améliorent son accessibilité mais ont rencontré des limites dans sa mise en œuvre : des délais prévus par décret très courts, des difficultés d'adaptation des systèmes d'information des départements, des démarches complexes pour mettre à jour les ressources des bénéficiaires, la lourdeur de la réévaluation des plans d'aide saturés<sup>1</sup>. Le bilan de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) illustre le caractère progressif de cette mise en œuvre.

[4] Les constats réalisés par la mission sur le terrain (la mission a notamment consulté dix-sept départements) illustrent le caractère progressif et hétérogène de cette mise en œuvre selon les départements. Ainsi, par exemple, la saturation des plans d'aide est souvent théorique. Pour beaucoup de bénéficiaires de l'APA, la volonté de maîtriser leur reste à charge explique qu'ils n'utilisent pas la totalité des heures d'aide dont ils pourraient bénéficier. La saturation du plan d'aide peut également ne pas correspondre au nombre d'heures d'aide à domicile programmé, du fait notamment d'hospitalisations intercurrentes. La mission note que la complexité et l'interaction des mesures relatives à l'APA dans la loi ASV, les nouvelles modalités de prise en compte des ressources, rendent les effets de la loi difficiles à saisir s'agissant de la réévaluation des plans d'aide et du reste à charge. Elle est en outre très peu lisible pour les aidants et les bénéficiaires.

[5] Les financements prévus pour compenser le coût de mise en œuvre des mesures APA domicile de la loi ASV n'ont pas été mobilisés à hauteur des prévisions. La loi ASV définit les modalités de compensation des charges nouvelles, dans l'optique d'une compensation intégrale de celles-ci, mais le modèle doit évoluer. La mission recommande de supprimer la distinction APA1 et APA2 au sein du concours APA et de répartir ce concours APA entre les départements, soit selon les critères de l'APA1, soit selon des critères négociés avec l'Association des départements de France (ADF).

[6] L'évolution de la dépense globale d'APA à domicile entre 2015 et 2016, moindre que prévue initialement, peut s'expliquer par la progressivité de la mise en œuvre de la réforme et les nombreux facteurs de complexité énumérés par la mission.

---

<sup>1</sup> Un plan d'aide saturé se définit comme un plan dont le montant notifié après l'évaluation médico-sociale est supérieur à 96 % des plafonds mensuels appliqués avant la réforme

[7] L'exercice du libre-choix par les personnes âgées reste difficile même si des mesures de la loi ASV améliorent l'accessibilité à l'information. Le portail national mis en place par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) constitue un progrès mais la mise en œuvre de la loi ASV a nécessité la délivrance d'informations nombreuses et complexes aux personnes âgées par les départements. Les équipes médico-sociales du département doivent expliciter les avantages et les inconvénients des différentes modes d'intervention. La mission considère que l'information des actifs et des retraités sur la nécessité d'anticiper les situations de perte d'autonomie, les aides possibles et leur financement constitue une nécessité. Les organismes de protection sociale pourraient jouer un rôle d'information auprès des personnes de moins de 60 ans et des retraités.

[8] Les nombreux dispositifs d'évaluation et de coordination dont peuvent bénéficier les personnes âgées amènent à une perte de leur lisibilité. Il convient de faire converger les dispositifs d'évaluation des besoins sanitaires et sociaux des personnes âgées en tenant compte des différentes temporalités.

[9] La réforme juridique des Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) prévoit que les SAAD anciennement agréés par la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, du travail et de l'emploi, (DIRECCTE) basculent dans le champ de l'autorisation par les départements, ce qui constitue une avancée potentielle par l'affirmation du rôle de pilote du département pour l'offre de SAAD. Toutefois, les départements ont peu de marge de manœuvre, une fois les SAAD autorisés, pour refuser le renouvellement d'autorisation, actuellement subordonné aux seuls résultats de l'évaluation externe. Une régulation incluant la compatibilité avec les schémas départementaux de l'autonomie permettrait de mieux adapter l'offre aux besoins. En outre, les SAAD ex agréés et ceux déjà autorisés avant loi ASV ont désormais des obligations similaires en termes de qualité. La mission considère que trop d'obligations se superposent dans ce domaine et qu'une simplification est nécessaire.

[10] La question du financement des SAAD, soumis aux mêmes obligations de qualité, et tous autorisés par le département, se pose de façon accrue, de même que l'accessibilité à une contractualisation pour les SAAD, quel que soit leur statut. Pour la mission, les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) doivent rester facultatifs. La démarche de contractualisation et le contenu des engagements réciproques importent davantage que la nature du support choisi, CPOM ou convention. La réforme juridique des SAAD doit donc être considérée comme une première étape d'un processus plus global de réduction des inégalités territoriales.

[11] Le secteur de l'aide à domicile bénéficie de financements multiples qui ne remplacent pas une nécessaire réforme structurelle. L'ensemble des fédérations consultées par la mission ont insisté sur ce point. Outre le concours aux départements, la CNSA finance, sur les crédits de la section IV de son budget, le secteur de l'aide à domicile à travers des conventions. Des fonds exceptionnels ont été versés au secteur de l'aide à domicile de 2012 à 2017, dans un contexte d'urgence et non de recherche de solutions pérennes. Pour ce qui est de la tarification des services prestataires, la mission a analysé quatre modèles de tarification qu'elle a observés dans les départements consultés. Ces constats amènent à recommander une évolution du financement du secteur de l'aide à domicile, à partir des tarifs des départements mais aussi des autres ressources, sur la base d'objectifs politiques et non techniques. Des travaux doivent être conduits dans ce sens dans le cadre d'une instance ad hoc.

[12] La loi ASV offre la possibilité d'expérimenter un modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) avec l'accord conjoint du président du conseil départemental et du directeur général de l'ARS pour une durée n'excédant pas deux ans. Les SPASAD s'inscrivent dans la volonté du rapprochement du soin et de l'aide dans une logique de parcours et d'accompagnement global de la personne. L'entrée dans l'expérimentation suppose la signature d'un CPOM entre le ou les représentants du SPASAD expérimentateurs, le président du conseil départemental et le directeur général de l'ARS. Les CPOM pouvaient être signés jusqu'au 30 juin 2017, date trop récente pour effectuer une évaluation à ce stade. Plusieurs acteurs rencontrés par la mission ont insisté sur l'intérêt de la gestion coordonnée des plannings, d'une mutualisation des interventions de l'aide et du soin au domicile des personnes âgées et d'une organisation facilitant les évolutions professionnelles et les possibilités de formation. Toutefois, des obstacles à une coordination plus aboutie demeurent, notamment l'absence de fongibilité des crédits de l'assurance maladie et des départements. Dans ce contexte, la mission recommande de poursuivre jusqu'à son terme l'expérimentation SPASAD.

[13] La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, instaurée par la loi ASV, réunit l'ensemble des acteurs du département intervenant dans ce domaine. La présidence est assurée par le président du conseil départemental et la vice-présidence par le directeur général de l'ARS. Il s'agit d'un signal fort visant à asseoir la légitimité du département dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie et pas seulement celui de la prise en charge de la dépendance. Elle vise à établir un diagnostic des besoins des personnes âgées de soixante ans et plus résidant sur le territoire départemental, à recenser les initiatives locales et définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention.

[14] Les montants du concours « Autres actions de prévention » alloués par la CNSA aux départements au titre de la conférence des financeurs sont fixés par arrêté. Ils concernent les aides individuelles, des actions entreprises par les SPASAD et d'« autres actions collectives de prévention ». Ils s'élèvent à 102 M€ pour l'année 2016 et à 140 M€ pour l'année 2017. A ces 102 M€ s'ajoutent 5,05 M€ pour la mise en place et l'organisation de la conférence des financeurs. La mise en place de la conférence des financeurs s'est faite de façon inégale dans les départements qui portent des jugements contrastés sur cette instance. La nature des aides individuelles éligibles est peu lisible et les conditions d'octroi des aides individuelles sont fondées sur des critères discutables qui doivent être simplifiés. L'éligibilité des actions collectives de prévention est moins contraignante mais la mission souligne l'importance de leur évaluation. La conférence des financeurs a pu faciliter le développement de complémentarité entre les acteurs concernés. Des départements consultés par la mission ont souligné l'intérêt de cette instance en termes d'optimisation des dépenses de prévention. Toutefois, la question de la communication sur les actions financées dans ce cadre traduit bien les difficultés à aller jusqu'au bout d'une démarche de mutualisation. La complexité des mécanismes d'octroi de financement, le court délai pour solliciter, choisir et financer les actions de prévention peuvent expliquer la sous-consommation des crédits prévus pour financer ce dispositif. Le fonctionnement de la conférence des financeurs a mobilisé, dans la plupart des départements qui l'ont mise en place, un chargé de mission à temps plein ce qui ne résume pas l'ensemble des moyens résultant du fonctionnement de la conférence. La charge administrative des départements pour porter et faire vivre les conférences des financeurs conduit la mission à proposer que dans le concours « Autres actions de prévention » figure une pérennisation des crédits d'ingénierie destinés à la conférence des financeurs.

[15] La loi ASV fait de l'accompagnement des aidants un sujet majeur. Elle définit la notion de « proche aidant », avec notamment une clarification entre les professionnels et autres aidants. La plupart des départements consultés par la mission avaient mis en œuvre des mesures en faveur des aidants avant la publication de la loi ASV dans le cadre d'une convention avec la CNSA. La CNSA finance également des dépenses de formation des aidants familiaux qui participent à l'accompagnement d'un proche en situation de handicap ou en perte d'autonomie, dans le cadre de conventions avec les départements ou de conventions avec les réseaux nationaux. Elle soutient des projets de recherche ou actions innovantes concernant les aidants. La loi ASV prévoit différentes mesures en faveur des proches aidants mais certaines sont difficiles à mettre en œuvre. Elle crée un droit au répit pour les proches aidants mais impose une participation financière de la personne aidée et des critères d'accessibilité trop restrictifs. Elle permet la prise en charge de la personne âgée lors de l'hospitalisation du proche aidant, là encore avec une participation financière de la personne aidée et des critères d'accessibilité trop restrictifs. La mission recommande un accès aux mesures pour les proches aidants sans condition liée à l'APA qui concerne la personne aidée et non l'aidant et sans participation financière de la personne âgée aidée.

[16] Une autre disposition de la loi ASV transforme le congé de soutien familial en congé de proche aidant. Le soutien aux aidants constitue en outre un axe de programmation de la conférence des financeurs. La mission souligne que d'autres acteurs interviennent pour soutenir et accompagner les aidants comme leur représentant, les organismes de protection sociale ou les entreprises. Ce sujet de société mérite l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan « aidants » piloté par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) en lien avec la « stratégie nationale pour soutenir et accompagner les aidants des personnes en situation de handicap ».

[17] Centrée sur la mise en œuvre des mesures de la loi ASV, l'analyse du rapport souligne que malgré l'intérêt suscité par plusieurs de ces mesures, des difficultés sur le terrain sont liées :

- au caractère insuffisant des délais de mise en œuvre,
- à la complexité des mesures, qui peut freiner leur mise en œuvre et limiter leur impact effectif sur les personnes âgées,
- à l'hétérogénéité de la mise en œuvre selon les départements qui s'explique à la fois par des politiques différentes de prise en charge des personnes âgées avant la loi et des différences démographiques et économiques.

[18] De ce fait, la sous-consommation des crédits observée en 2016 ne peut être extrapolée aux années futures, notamment du fait de la montée en charge progressive de la loi.

[19] Les délais très courts laissés aux départements pour mettre en œuvre cette réforme particulièrement complexe expliquent pour partie les difficultés rencontrées. Il apparaît indispensable que l'Etat trouve des modalités permettant de mieux associer, à l'avenir, les départements à la préparation des réformes les concernant.

[20] Les propositions de la mission visent notamment à simplifier certaines mesures afin de faciliter leur mise en œuvre. La mission considère également que deux dispositions méritent une approche plus politique : le financement du secteur de l'aide à domicile et le développement et la mise en cohérence des mesures en faveur des aidants.

## SOMMAIRE

SYNTHESE .....	3
RAPPORT .....	11
1 INTRODUCTION.....	11
1.1 Périmètre .....	11
1.2 Méthode .....	12
1.2.1 Analyse documentaire .....	12
1.2.2 Echange avec les parties prenantes .....	13
1.2.3 Mobilisation des données disponibles.....	13
2 LES DISPOSITIONS DE LA LOI ASV VISANT A AMELIORER LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES SONT SOUVENT COMPLEXES .....	14
2.1 Les mesures de revalorisation financière de l'APA ont rencontré des freins dans leur application.....	14
2.1.1 Les délais prévus par décret pour mettre en œuvre les mesures de révision des barèmes et de hausse des plafonds par niveau de GIR ont été insuffisants .....	16
2.1.2 La nécessaire adaptation des systèmes d'information a constitué un facteur de blocage.....	16
2.1.3 Les départements ont dû mettre à jour des données sur les ressources des bénéficiaires....	16
2.2 La réévaluation des plans d'aide liée à la loi ASV conduit à des résultats hétérogènes .....	17
2.2.1 Le premier bilan national de la DREES, centré sur les réévaluations ayant un impact positif pour le bénéficiaire, fait état d'une mise en œuvre progressive, qui priorise les personnes âgées les plus dépendantes .....	18
2.2.2 La réévaluation des plans d'aide saturés engendre une charge de travail supplémentaire importante pour les départements.....	19
2.2.3 La réévaluation des plans d'aide dans un délai contraint n'affecte pas les départements de la même manière selon leur situation démographique .....	20
2.2.4 Différents facteurs interviennent avec des effets parfois contradictoires dans la réévaluation des plans d'aide et la saturation des plans d'aide est parfois théorique.....	20
2.2.5 Pour approcher les effets de la loi ASV relatifs à l'APA, la mission s'est appuyée sur une étude de la DREES antérieure à la mise en œuvre de la loi et sur des données transmises par certains départements .....	21
2.3 Les modalités de calcul et de versement du concours APA aux départements, prévus par la loi ASV doivent évoluer.....	23
2.3.1 Les modalités de calcul et de versement du concours APA aux départements sont complexes	23
2.3.2 Les modalités calcul et de versement du concours APA peuvent entraîner des inégalités entre les départements .....	26

2.3.3	Le financement des augmentations salariales liées à l'accord salarial de 2014 de la branche à domicile a été appliqué de façon différente par les départements .....	27
2.4	L'évolution de la dépense globale d'APA à domicile entre 2015 et 2016 moindre que prévue peut s'expliquer par la progressivité de la mise en œuvre de la réforme et sa complexité .....	28
2.5	Un crédit d'impôt en faveur de l'emploi à domicile s'est ajouté aux mesures de revalorisation de la loi ASV à compter du 1er janvier 2017.....	28
2.6	L'exercice du libre-choix par les personnes âgées reste difficile malgré une accessibilité renforcée à l'information .....	29
2.6.1	Le portail national mis en place par la CNSA constitue un progrès.....	29
2.6.2	L'information délivrée par le département se heurte à la complexité des dispositifs à expliquer aux bénéficiaires, dans un contexte évolutif avec la loi ASV.....	30
2.6.3	Les équipes médico-sociales du département doivent expliciter les avantages et les inconvénients des différentes modes d'intervention.....	31
2.6.4	L'exercice effectif du libre choix demeure assez relatif.....	32
2.7	La réforme juridique des SAAD constitue une avancée, d'application hétérogène selon la situation des départements .....	34
2.7.1	S'agissant de l'offre de SAAD constituée par les SAAD ex-agrésés et anciennement autorisés, la mission a pu observer des approches très différentes de la part des départements.....	35
2.7.2	S'agissant des nouvelles demandes d'autorisation, la mission a observé des positionnements différents selon les départements, avec toutefois certains points communs .....	36
2.7.3	Une certaine souplesse est nécessaire dans l'application de la réforme juridique des SAAD.....	37
2.7.4	Un nombre plus important de SAAD est placé sous la responsabilité des départements, notamment pour la gestion des signalements.....	37
2.8	Le CPOM et les conventions département/SAAD peuvent améliorer l'accessibilité géographique et la qualité de prise en charge.....	39
2.9	Les outils qualité imposés aux SAAD se superposent, ce qui interroge sur l'efficacité globale du dispositif.....	41
2.9.1	Les SAAD sont tenus de respecter un cahier des charges national qui impose notamment une obligation d'adhésion à la charte nationale qualité.....	42
2.9.2	Les outils qualité de la loi du 2 janvier 2002 concernent désormais l'ensemble des SAAD... ..	43
2.10	La loi ASV prévoit une amélioration de l'évaluation des besoins des personnes âgées mais les dispositifs d'évaluation et de coordination existants doivent être simplifiés .....	45
2.10.1	Le nouveau référentiel multidimensionnel apparaît comme un progrès mais son utilisation demande plus de temps pour les équipes médico-sociales.....	45
2.10.2	La loi ASV vise notamment à éviter une double évaluation de la perte d'autonomie des personnes âgées par le département et par les caisses de retraite.....	47
2.10.3	La mission a identifié dix dispositifs d'évaluation et de coordination dont peuvent bénéficier les personnes âgées, ce qui amène une perte de lisibilité et interroge sur leur efficacité.....	47



2.10.4 Le rôle essentiel de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) dans la définition de bonnes pratiques de prise en charge doit être réaffirmé.....	51
3 LE SECTEUR DE L'AIDE A DOMICILE BENEFICIE DE FINANCEMENTS MULTIPLES QUI NE REMPLACENT PAS UNE NECESSAIRE REFORME STRUCTURELLE.....	53
3.1 Les départements ont des pratiques différentes de prise en charge financière de l'aide à domicile.....	53
3.1.1 Les départements ont recours à des terminologies différentes pour désigner la prise en charge financière des SAAD .....	53
3.1.2 La tarification des services d'aide à domicile par les départements est un droit mêlé entre le Livre II et III du code de l'action sociale et des familles.....	54
3.1.3 Les tarifs de référence pour le recours à des emplois à domicile ou à des services mandataires sont relativement comparables entre départements.....	55
3.1.4 Quatre modèles de tarification ont été analysés par la mission dans les départements qu'elle a consultés.....	56
3.1.5 Plusieurs types de « tickets modérateurs » peuvent s'ajouter aux tarifs fixés par le département.....	60
3.2 D'autres flux financiers existent, anciens ou plus récents, mais n'ont pas permis de remédier à la crise économique structurelle du secteur de l'aide à domicile .....	61
3.2.1 La CNSA finance, sur les crédits de la section IV de son budget, le secteur de l'aide à domicile à travers des conventions.....	61
3.2.2 Des fonds exceptionnels ont été versés au secteur de l'aide à domicile de 2012 à 2017, dans un contexte d'urgence .....	64
3.2.3 Les effets sur le secteur de l'aide à domicile de l'aide fiscale au titre de la taxe sur les salaires n'ont pas été anticipés.....	67
3.3 Le financement du secteur de l'aide à domicile à partir des tarifs des départements et des autres ressources doit évoluer à partir d'objectifs politiques et non techniques .....	68
4 L'EXPERIMENTATION SUR LES SERVICES POLYVALENTS D'AIDE ET DE SOINS A DOMICILE (SPASAD) DOIT ETRE MENEES A SON TERME.....	71
4.1 Les SPASAD intégrés entrant dans l'expérimentation coexistent avec d'autres SPASAD préexistants .....	71
4.2 Les SPASAD intégrés doivent mettre en œuvre une coordination des soins, des aides et de l'accompagnement.....	72
4.3 L'apport du modèle SPASAD intégré varie selon les situations et des obstacles à une coordination plus aboutie demeurent.....	73
5 LA MISE EN ŒUVRE DE LA CONFERENCE DES FINANCEURS S'EST FAITE DE FAÇON INEGALE SELON LES DEPARTEMENTS QUI PORTENT DES JUGEMENTS CONTRASTES SUR CETTE INSTANCE.....	75
5.1 La phase de préfiguration a facilité une mise en place plus rapide dans les départements préfigurateurs.....	76

5.2	La coordination des financements de la prévention d'autonomie autour d'une stratégie partagée par les financeurs du département constitue un progrès.....	78
5.3	Les conditions d'engagement des fonds issus du concours de la CNSA pour la conférence des financeurs sont particulièrement complexes .....	79
5.3.1	La nature des aides individuelles éligibles est peu lisible et les conditions d'octroi des aides sont fondées sur des critères discutables .....	79
5.3.2	L'éligibilité des actions collectives de prévention est moins contraignante mais la mission souligne l'importance de leur évaluation.....	80
5.4	La complexité des mécanismes d'octroi de financement, le court délai pour définir de nouvelles actions de prévention peuvent expliquer la sous-consommation des crédits en 2016.....	81
5.5	Des crédits d'ingénierie ont permis d'initier cette dynamique mais leur caractère non pérenne rend fragile ce dispositif.....	82
6	PLUSIEURS DISPOSITIONS DE LA LOI ASV ENGAGENT UN PROCESSUS D'AMELIORATION DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PROCHES AIDANTS .....	83
6.1	La définition de la notion de proche aidant constitue une avancée majeure .....	83
6.2	La plupart des départements consultés par la mission avaient mis en œuvre des mesures en faveur des aidants avant la publication de la loi ASV.....	83
6.3	La loi ASV prévoit différentes mesures en faveur des proches aidants mais certaines sont difficiles à mettre en œuvre .....	85
6.3.1	Plusieurs dispositions générales de la loi ASV font référence à l'accompagnement des proches aidants .....	85
6.3.2	La loi ASV transforme le congé de soutien familial en congé de proche aidant.....	86
6.3.3	La loi ASV créé un droit au répit pour les proches aidants mais impose une participation financière de la personne aidée et des critères d'accessibilité trop restrictifs.....	86
6.3.4	La prise en charge de la personne âgée lors de l'hospitalisation du proche aidant semble avoir été peu mise en œuvre .....	87
6.3.5	La loi ASV prévoit d'autres actions en faveur des aidants.....	87
6.4	Le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants entre dans le cadre de la conférence des financeurs .....	88
6.5	Les ARS interviennent également dans le champ des aidants .....	89
6.6	L'accompagnement et le soutien aux aidants constitue un enjeu majeur de société .....	89
7	CONCLUSION.....	94
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION .....	97
	LETTRE DE MISSION .....	99
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES .....	105
	BIBLIOGRAPHIE.....	117
	SIGLES UTILISES.....	119

# RAPPORT

## 1 INTRODUCTION

[21] L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'inspection générale de l'administration (IGA) ont été chargées par les ministres des affaires sociales et de la santé, de l'intérieur, de l'aménagement du territoire, de la ruralité et des collectivités territoriales, ainsi que par la secrétaire d'État en charge des personnes âgées et de l'autonomie, d'une mission d'évaluation de la mise en œuvre du volet « domicile » de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (dite loi « ASV »). La mission IGAS-IGA qui a donné lieu à ce rapport fait suite à une première phase sur le même thème de l'évaluation de la mise en œuvre de la loi ASV pour le volet domicile au dernier trimestre 2016<sup>2</sup>.

[22] Pour mener à bien la deuxième phase de cette mission, Anne-Carole Bensadon et Christine Daniel, membres de l'IGAS et François Scarbonchi, membre de l'IGA ont été désignés. Ce rapport clôture les travaux d'évaluation de la mise en œuvre de la loi ASV pour le volet domicile de la mission IGAS-IGA.

### 1.1 Périmètre

[23] La mission porte sur la mise en œuvre de la loi ASV dans son volet domicile et en particulier sur les points suivants :

- la réforme de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) ;
- la réévaluation des plans d'aide élaborés par les équipes médico-sociales (EMS) du conseil départemental pour les personnes âgées dépendantes et les nouvelles modalités d'évaluation de leurs besoins;
- les mesures de soutien aux proches aidants ;
- les mesures de renforcement de la prévention de la perte d'autonomie par la mise en place d'une conférence départementale des financeurs ;
- la bascule juridique des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) pour personnes âgées qui, alors qu'ils étaient agréés par la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) bénéficient désormais d'une autorisation par le conseil départemental ;
- la possibilité d'un cadre contractuel rénové entre le conseil départemental et les SAAD, notamment par la conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM);
- l'évolution des modalités d'organisation, de fonctionnement et de financement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) dans un cadre expérimental.

---

<sup>2</sup> Pour cette première phase, les travaux avaient été réalisés par Anne-Carole Bensadon, François Scarbonchi et Simon Vanackere

[24] La mise en œuvre effective de ces mesures avec le suivi de la parution des textes réglementaires nécessaires à leur application ainsi que leurs conséquences sont notamment étudiés. Elles font l'objet d'une évaluation pour les différentes parties prenantes et en premier lieu pour les conseils départementaux, les SAAD et les bénéficiaires que sont les personnes âgées et les aidants.

[25] Sont donc abordées les questions de tarification des SAAD en intégrant une vision globale des aides financières publiques qui leur sont attribuées (fonds de restructuration et aux bonnes pratiques notamment, aides fiscales, autres).

[26] La question du reste à charge pour les personnes âgées en perte d'autonomie fait également l'objet de développements.

[27] Les agences régionales de santé (ARS) sont aussi concernées de façon directe par leur coprésidence de la conférence des financeurs, le fait qu'elles soient signataires des CPOM avec les SPASAD et plus généralement par leur rôle d'organisation et de financement de l'offre des soins pour les personnes âgées en risque ou en perte d'autonomie et la nécessaire articulation de l'ensemble des prises en charge au service des personnes âgées.

## 1.2 Méthode

### 1.2.1 Analyse documentaire

[28] La mission a analysé les textes en lien avec la mise en œuvre de la loi ASV ce qui l'a conduite à une mise au point sur les modalités d'octroi de l'APA, indispensable pour mieux comprendre les enjeux des réformes menées dans le cadre de la loi ASV et leur périmètre.

[29] Elle a notamment pris en compte les rapports réalisés par l'IGAS, le rapport récent de la cour des comptes et des chambres régionales des comptes dans ce domaine<sup>3</sup>, les documents et publications transmis par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES) et par les fédérations représentant les SAAD. Pour cette deuxième phase, la mission a pu avoir connaissance des travaux menés sur la tarification par le sénateur Georges Labazée<sup>4</sup>, du rapport de la députée Joëlle Huiller sur le baluchonnage<sup>5</sup> et de rapports récents de l'IGAS. Elle a également sollicité la société française de gériatrie et de gérontologie ainsi que des personnalités qualifiées.

---

<sup>3</sup> Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie : une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler, rapport de la Cour des comptes - juillet 2016

<sup>4</sup> Mission relative à la tarification et aux perspectives d'évolution des services d'aide et d'accompagnement à domicile, mission confiée par le Premier ministre à Monsieur G. Labazée, sénateur des Pyrénées Atlantiques, mars 2017

<sup>5</sup> Mars 2017 « Du baluchonnage québécois au relayage en France : une solution innovante de répit », Joëlle Huiller, députée de l'Isère. Le Baluchon Alzheimer : est un organisme ayant essentiellement pour objectif de permettre aux aidants familiaux de s'octroyer un répit à l'extérieur de leur foyer durant une à deux semaines, sans devoir obliger leur proche à quitter leur domicile. Le Baluchon d'Alzheimer® est une marque déposée dont l'utilisation suppose l'adhésion à une convention d'affiliation. Le rapport précité utilise donc le terme de « relayage »

## 1.2.2 Echange avec les parties prenantes

[30] Le rôle essentiel des conseils départementaux dans l'organisation de la prise en charge des personnes âgées - à l'exclusion de leur prise en charge sanitaire qui relève des agences régionales de santé - explique que la mission ait souhaité privilégier les échanges avec les départements. Ces échanges ont eu lieu lors de déplacements spécifiques, de conférences téléphoniques ou à l'occasion de rencontres lors des assises du vieillissement organisées à Marseille. Dix-sept départements ont été consultés par la mission.

[31] La mission s'est également appuyée sur l'assemblée des départements de France (ADF) et a sollicité l'association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements et métropoles (ANDASS) ainsi que l'observatoire national de l'action sociale (ODAS).

[32] Les départements ont facilité les contacts directs de la mission avec des SAAD et des SPASAD.

[33] Les fédérations représentatives de ces structures ont également contribué aux travaux de la mission dans le cadre d'auditions spécifiques et par la remise de documents (Cf. infra).

[34] Enfin, la mission a travaillé en lien avec la DGCS, direction pilote de l'élaboration de la loi ASV ainsi qu'avec la CNSA, également impliquée dans la mise en œuvre de la loi ASV en lien avec les départements.

## 1.2.3 Mobilisation des données disponibles

[35] La DGCS, la CNSA et la DREES ont transmis des données à la mission.

[36] La mission s'est appuyée également sur les données transmises par les départements et sur les pratiques observées dont plusieurs ont paru intéressantes à diffuser. Les noms des départements figurent dans le rapport mais uniquement dans la liste des personnes rencontrées, l'objectif du rapport étant l'évaluation globale de la mise en œuvre de la loi ASV.

[37] Les données transmises par les fédérations représentatives des SAAD ou celles représentant des établissements et services sanitaires et médico-sociaux ont également été mobilisées. Il en est de même pour les éléments transmis par la fédération qui représente les particuliers employeurs.

## 2 LES DISPOSITIONS DE LA LOI ASV VISANT A AMELIORER LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES SONT SOUVENT COMPLEXES

[38] La loi ASV, dans son volet domicile, comporte différentes mesures qui témoignent d'une volonté d'améliorer la prise en charge sociale et, dans une certaine mesure, médico-sociale, des personnes âgées.

[39] Dans cette partie, la mission a souhaité mettre en exergue l'ensemble des dispositions de la loi ASV qui concourent à cette amélioration. Elle est envisagée selon différentes dimensions. Tout d'abord l'accessibilité financière aux prestations dont les personnes peuvent bénéficier apparaît comme un point essentiel. La connaissance des dispositifs par les personnes qui sont supposées les utiliser et par leurs proches aidants constitue également une priorité. Enfin, la question de l'accessibilité géographique à une offre d'aide à domicile est un préalable indispensable. La réforme juridique des SAAD, les évolutions des obligations en termes de qualité ainsi que la possibilité de conclure des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) sont évoqués dans ce cadre. La complexité et le temps nécessaire à la mise en œuvre effective de ces mesures n'ont toutefois pas été suffisamment anticipés pour la définition des délais d'application.

[40] Enfin, la question du financement de ces nouvelles mesures et des modalités de leur compensation est développée.

### 2.1 Les mesures de revalorisation financière de l'APA ont rencontré des freins dans leur application

[41] L'allocation personnalisée d'autonomie (APA<sup>6</sup>), créée en 2002, définie par les articles L.232 et L.233 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), est une prestation destinée aux personnes âgées qui « *nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état justifie une surveillance permanente* » (art. L.232-1 du CASF)<sup>7</sup>. Le principe est que toute personne, indépendamment de son revenu, peut demander l'APA mais que ce montant est modulé en fonction de deux critères : le niveau de dépendance du bénéficiaire et son revenu. L'allocation est donc définie dans des conditions légales identiques sur tout le territoire, mais son montant varie d'un bénéficiaire à l'autre.

[42] La loi ASV n'a pas modifié les principes de fonctionnement de l'APA. En revanche, cette loi :

---

<sup>6</sup> L'Allocation personnalisée à l'autonomie (APA) remplace depuis le 1er janvier 2002 la Prestation Spécifique Dépendance (PSD)

<sup>7</sup> L'ensemble des dispositions relatives à l'APA sont codifiées dans le Livre Deuxième du CASF relative aux différentes formes d'aide et d'action sociales.

- a revalorisé les montants applicables à chaque niveau des barèmes utilisés pour définir le degré de dépendance, de façon plus importante pour les personnes les plus dépendantes. Elle a prévu une réévaluation des plans d'aide<sup>8</sup> afin de tenir compte de cette revalorisation. Cette réévaluation doit porter en priorité sur les plans d'aide dits saturés<sup>9</sup> et sur les personnes âgées ayant les niveaux de dépendance les plus élevés ;

Tableau 1 : Les barèmes utilisés pour définir le montant de l'APA en fonction du degré de perte d'autonomie avant et après la loi ASV

	Plafonds mensuels avant réforme	Nouveaux plafonds mensuels au 1 <sup>er</sup> mars 2016
<b>GIR 1</b>	1 312,67	1 713,08
<b>GIR 2</b>	1 125,14	1 375,54
<b>GIR 3</b>	843,86	993,88
<b>GIR 4</b>	562,57	662,95

Source : article R.232-10 du CASF

La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources) permet de classer les personnes âgées en six groupes iso-ressources (GIR) en fonction de leur niveau d'autonomie<sup>10</sup>. L'APA est attribuée aux personnes classées en GIR 1 à 4.

- a augmenté certains des plafonds de ressources utilisés pour fixer le montant la participation financière du bénéficiaire à son plan d'aide, en particulier pour les personnes ayant les ressources les plus faibles.

Tableau 2 : L'évolution des taux de participation des bénéficiaires de l'APA avant et après la réforme

AVANT LA LOI ASV		APRES LA LOI ASV	
Revenus mensuels	Taux de participation des bénéficiaires (modalités de calcul)	Revenus mensuels	Taux de participation des bénéficiaires (modalités de calcul)
≤ 0,67 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne (env. 600€)	0 %	≤ 0,725 fois le montant mensuel de la majoration pour aide constante d'une tierce personne (env.800€)	0 %
Entre 739,06 € et 2945,23 €	Taux de participation compris entre 0 et 90 % en fonction du plan d'aide A x $[(R - 2 437,81 \text{ €}) / 1 312,67 \text{ €} \times 80\%$	Entre 800 € et 2 948 €	Taux de participation compris entre 0 et 90 % modulé afin de diminuer le reste à charge pour personnes plus modestes et les plans d'aide les plus importants. Formule de calcul distinguant 3 seuils financiers
≥ 2945,23 €	Taux de participation de 90 %	≥ 2 948 €	Taux de participation de 90 %

Source : Mission et article R232-11 du CASF

<sup>8</sup> Le plan d'aide est établi par l'équipe médico-sociale du département sur la base d'une évaluation multidimensionnelle prenant en compte les besoins de la personne et de ses proches aidants. Il liste l'ensemble des aides nécessaires pour que le bénéficiaire puisse rester à domicile. L'APA est affectée à la couverture des dépenses relevant du plan d'aide

<sup>9</sup> Un plan d'aide saturé se définit comme un plan dont le montant notifié après l'évaluation médico-sociale est supérieur à 96 % des plafonds mensuels appliqués avant la réforme

<sup>10</sup> Les groupes iso-ressources classent les personnes âgées, en fonction de leur niveau d'autonomie, de GIR 1 très dépendant à GIR 6 autonome.

### 2.1.1 Les délais prévus par décret pour mettre en œuvre les mesures de révision des barèmes et de hausse des plafonds par niveau de GIR ont été insuffisants

[43] Les modalités pratiques de mise en œuvre de la refonte des barèmes de participation financière applicables aux bénéficiaires de l'APA à domicile (révision des barèmes et revalorisation des montants des plafonds des plans d'aide par niveau de GIR) ont été fixées par le décret n°2016-210 du 26 février 2016 pour une application au 1<sup>er</sup> mars 2016.

### 2.1.2 La nécessaire adaptation des systèmes d'information a constitué un facteur de blocage

[44] Les départements consultés par la mission ont, dans la plupart des cas, insisté sur les délais d'adaptation de leur système d'information et sur les modules qui devaient être livrés par les sociétés de service informatique pour mettre en œuvre ces dispositions. Dans l'ensemble, ils ont souligné le fait, qu'en pratique, ces sociétés n'engagent pas d'investissements ou, dans le meilleur des cas, peu d'investissements en l'absence de publication des textes réglementaires.

[45] La mission a noté une diversité dans les délais de mise en œuvre des barèmes et des plafonds révisés selon les départements et dans la situation des départements en termes d'organisation de leurs systèmes d'information. Toutefois, la mission n'a pas pu établir de lien entre ces deux éléments.

[46] Certains départements disposent de leur propre outil, d'autres d'un logiciel métier géré par un éditeur qui peut également différer selon les choix des départements.

[47] Le fait de disposer d'informations relativement précises en amont de la publication des textes dans le cadre de groupes utilisateurs ou de groupes de travail semble avoir été un atout pour certains départements, notamment s'ils pouvaient anticiper en interne les évolutions nécessaires.

### 2.1.3 Les départements ont dû mettre à jour des données sur les ressources des bénéficiaires

[48] Les demandes d'informations aux bénéficiaires sur leurs ressources ont nécessité des courriers explicatifs, une mise à jour et une saisie des données dans les systèmes d'information. A titre d'illustration, dans un département appliquant les nouveaux barèmes au 1<sup>er</sup> septembre avec effet rétroactif, l'envoi de 18 000 courriers environ a été suivi par près de 5 000 appels de bénéficiaires ou de leur entourage sur le numéro vert départemental,

[49] En outre, les données à prendre en compte pour évaluer les ressources des bénéficiaires dans le cadre de la réévaluation des plans d'aide complexifie encore la mise en œuvre. La question de la mise en œuvre des barèmes révisés se croise en effet avec l'inclusion du « patrimoine dormant » dans les ressources dont il est tenu compte pour établir le plan APA. Celui-ci inclut les biens immobiliers et les biens mobiliers et capitaux non placés dont l'assurance-vie. Le patrimoine dormant est à renseigner pour le demandeur, et le cas échéant, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité. Les bénéficiaires concernés doivent transmettre toute pièce justificative des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties, relevé annuel d'assurance vie...).



[50] La loi ASV (article 43) prévoit la transmission des ressources des bénéficiaires de l'APA aux départements par les administrations fiscales, ce qui aurait facilité le travail des départements. Toutefois, en juin 2017, le décret en conseil d'Etat nécessitant un avis de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et permettant la mise en œuvre de cette disposition, n'a pas encore été publié. En conséquence, les départements sont contraints de ne faire que du déclaratif pour mettre à jour les ressources des bénéficiaires de l'APA.

[51] La parution de ce décret ne résoudra pas la question de l'information sur le patrimoine dormant des bénéficiaires. La nature des éléments à renseigner par les personnes âgées concernant le patrimoine dormant pourrait conduire à augmenter le non-recours à l'APA domicile.

[52] La perspective d'avoir à appliquer ces mesures de façon rétroactive a pu constituer un autre élément expliquant les difficultés rencontrées par les départements.

[53] Un courrier de la Secrétaire d'Etat en charge des personnes âgées et de l'autonomie en date du 7 octobre 2016 précisait que « *dans l'hypothèse où ce nouveau barème ne serait mis en place que postérieurement [au 1er mars], une application rétroactive au profit du bénéficiaire* » devrait alors intervenir.

[54] La perspective d'avoir à appliquer ces mesures de façon rétroactive a conduit à des réactions qui diffèrent selon les départements consultés par la mission.

[55] L'application d'une rétroactivité a été considérée, par plusieurs d'entre eux, comme une surcharge de travail difficilement compatible avec l'ensemble des travaux liés à la mise en œuvre des différentes mesures de la loi ASV y compris celles concernant les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

[56] La mission ne dispose pas de remontées d'information émanant de tous les départements mais les développements qui précèdent, et les différents échanges qu'elle a pu avoir, montrent que la mise en œuvre de ces mesures au 1<sup>e</sup> mars 2016 ou dans le courant du mois de mars n'a pas été une généralité.

[57] Certains conseils départementaux ont programmé une application effective décalée dans le temps (par exemple à m+3 ou m+6 par rapport à la date prévue par la loi), tout en anticipant la question de la rétroactivité : cela a pu se traduire par la confection d'outils ad hoc, notamment informatiques, pour en assurer la mise en œuvre.

[58] D'autres ont tenté de mettre en œuvre ces mesures dans un calendrier compatible avec leurs moyens qui dans certains cas avaient été renforcés.

[59] Pour les départements consultés, la priorisation du traitement des dossiers des personnes les plus dépendantes prévue par les textes a été une réalité.

## **2.2 La réévaluation des plans d'aide liée à la loi ASV conduit à des résultats hétérogènes**

[60] La loi ASV prévoit la réévaluation par les départements de la situation des bénéficiaires dont les plans d'aide étaient saturés. Le seuil du montant du plan d'aide correspondant à cette saturation a été fixé à par le décret du 28 février 2016 à 96 % du plafond avant réforme.

## 2.2.1 Le premier bilan national de la DREES, centré sur les réévaluations ayant un impact positif pour le bénéficiaire, fait état d'une mise en œuvre progressive, qui priorise les personnes âgées les plus dépendantes

[61] La mise en œuvre de la loi ASV a été progressive du fait des limites de nature très diverse. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a dressé un bilan national sur la mise en œuvre des réévaluations des plans d'aide au 4<sup>ème</sup> trimestre 2016<sup>11</sup>.

[62] La DREES mesure au niveau national l'importance des révisions<sup>12</sup> des plans d'aide à partir d'une comparaison entre le nombre de révisions avant la loi ASV et celui après la mise en œuvre de la loi, par trimestre.

### Encadré 1 : Encadré méthodologique

La DREES définit le taux de révisions comme « le ratio entre le nombre de décisions favorables pour une révision de plan d'aide au cours du trimestre et le nombre de bénéficiaires de l'APA payés au titre du dernier mois du trimestre ».

Deux limites méthodologiques affectent cet indicateur :

- seules les informations relatives aux révisions favorables sont remontées des départements ;
- sont incluses les révisions « obligatoires » pour le département des bénéficiaires qui avaient un plan saturé, mais également les révisions effectuées en routine et qui n'ont pas de lien avec la mise en place de la loi ASV.

[63] Le premier constat est que la révision des plans d'aide est mise en œuvre de façon progressive : « *les départements ne semblent pas avoir commencé les révisions de plans d'aide dès l'entrée en vigueur de la loi ASV en mars 2016 mais plutôt à partir du trimestre suivant. L'écart avec les deux premiers trimestres reste cependant peu élevé* ».

Tableau 3 : Taux moyen de révision par bénéficiaire de l'APA

	T4 2015	T1 2016	T2 2016	T3 2016	T4 2016
<b>Moyenne</b>	8 %	9 %	12 %	11 %	11 %
<b>Premier décile</b>	5 %	4 %	4 %	5 %	5 %
<b>Dernier décile</b>	12 %	13 %	19 %	17 %	19 %

Source : Note DREES-BHD n° 45/2017 du 8 septembre 2017

[64] La DREES mesure également l'impact de ces révisions sur la progression du montant de la prestation à partir des plafonds des barèmes constate une augmentation progressive : « *le nombre de bénéficiaires ayant un plan d'aide notifié supérieur aux plafonds avant réforme est de plus en plus élevé : il évolue de 3 % au 1er trimestre 2016, à 7 % au 2ème trimestre 2016, à 10 % au 3ème trimestre 2016 pour atteindre 13 % au 4ème trimestre 2016* ».

<sup>11</sup> Note DREES-BHD n° 45/2017 du 8 septembre 2017

<sup>12</sup> La mission a repris le terme de révision utilisé par la DREES et non celui de réévaluation qui correspond à celui utilisé par la loi ASV.

[65] Enfin, l'étude la DREES indique que, conformément aux orientations de la loi ASV, ce sont les personnes les plus dépendantes qui ont le plus bénéficié de l'augmentation des plafonds. Au 4<sup>ème</sup> trimestre 2016, « *la moitié des conseils départementaux ont au moins 33 % des bénéficiaires en GIR 1 ayant un plan d'aide supérieur aux anciens plafonds* » (contre 22 % pour les GIR 2, 14 % pour les GIR 3 et 6 % pour les GIR 4). Cette étude ne donne pas la progression financière du plan d'aide par bénéficiaire.

[66] Une limite importante de cette étude, comme il est indiqué dans l'encadré méthodologique, tient au fait que seules les décisions favorables sont prises en compte dans le taux de révision. Les plans d'aide ayant conduit à une décision défavorable pour le bénéficiaire ne le sont pas.

## 2.2.2 La réévaluation des plans d'aide saturés engendre une charge de travail supplémentaire importante pour les départements

[67] Le travail supplémentaire lié à la révision des plans d'aide était lourd pour les départements. Certains ont recruté ou redéployé des personnels pour faire face au surcroît de travail, comportant notamment :

- Le recensement, informatique ou non, de l'ensemble des bénéficiaires de l'APA ayant un plan d'aide saturé ;
- L'adressage en masse de courriers aux bénéficiaires dont les plans d'aide étaient saturés afin de les informer de la réforme ;
  - La mission a donné l'exemple du courrier envoyé pour la révision des barèmes. La réévaluation des plans d'aide nécessite l'envoi d'un autre courrier et il est parfois difficile pour le bénéficiaire de comprendre cet ensemble de nouvelles mesures.
- La réponse aux courriers en retour ;
- L'accueil téléphonique adapté pour répondre aux questions suscitées par ces courriers ;
- La communication aux SAAD des éléments d'évolution de la situation des personnes qu'ils suivent ;
- La mise en place d'outils pour calculer les nouveaux plafonds de ressources plus complexes à déterminer ;
  - Les départements consultés ont souligné la complexité liée aux nouvelles modalités de calcul prévues par la loi. Pour certains, il n'est plus possible pour l'équipe médicosociale de renseigner, même de façon approximative, le bénéficiaire lors de la visite à domicile sur son plan d'aide et son reste à charge en cas de réalisation complète du plan d'aide.
  - Pour d'autres, des outils informatiques de type tablette ont été mis à disposition de l'équipe médico-sociale pour permettre ces estimations.
- L'obtention des revenus actualisés, qui a souvent nécessité un travail très important des services départementaux pour disposer des données fiscales.

[68] Malgré tout le soin apporté à la rédaction des courriers, la complexité de la réforme explique la difficulté de compréhension de ces courriers par leurs destinataires.

[69] En outre, les conséquences opérationnelles peuvent être différentes selon les situations avec parfois des effets contraires à ceux attendus. Certains bénéficiaires ont vu finalement les heures d'aide humaine de leur plan d'aide diminuer ou leur participation financière augmenter. Ce mécanisme peut être lié à plusieurs facteurs non exclusifs les uns des autres :

- une révision à la hausse des ressources ;
- une augmentation du tarif des SAAD fixé par le département ou du tarif de référence des heures d'aide pour l'emploi mandataire ou direct ;
- une hausse du nombre d'heures accordées.

### 2.2.3 La réévaluation des plans d'aide dans un délai contraint n'affecte pas les départements de la même manière selon leur situation démographique

[70] Le délai contraint de réévaluation des plans d'aide pèse d'autant plus sur les départements que les mêmes équipes doivent gérer également :

- les demandes nouvelles d'APA avec élaboration d'un plan d'aide et calcul de la participation du bénéficiaire ;
- les réévaluations du fait de changements de situations des personnes, par exemple du fait de l'évolution de leur perte d'autonomie ou d'une évolution de leurs conditions de ressources.

[71] Ces demandes d'APA sont liées à la situation et à la dynamique démographique des départements.

[72] Le respect des délais des nouvelles mesures de la loi ASV a pu retarder les évaluations des plans d'aide des nouveaux bénéficiaires de l'APA ou les réévaluations de plans d'aide nécessaires du fait d'un changement de situation de bénéficiaires non visés par la loi ASV car leurs plans d'aide n'étaient pas saturés.

[73] Chaque département avait des politiques différentes de réévaluation des plans d'aide au moment où la loi ASV est entrée en vigueur

[74] Certains départements procédaient à des réévaluations régulières, d'autres moins. Ces réévaluations pouvaient toucher prioritairement les ressources des bénéficiaires de l'APA, (révision annuelle demandée par les textes), leur niveau de dépendance ou les deux.

### 2.2.4 Différents facteurs interviennent avec des effets parfois contradictoires dans la réévaluation des plans d'aide et la saturation des plans d'aide est parfois théorique

[75] La réévaluation du plan d'aide peut entraîner d'autres mises à jour que celles concernant les ressources du bénéficiaire (évolution à la baisse ou à la hausse selon les situations) comme une évolution de l'entourage.

[76] Cette réévaluation peut conduire à la prise en compte de l'évolution de la perte d'autonomie avec un changement de GIR, ce qui conduit de fait à une désaturation du plan d'aide dans la plupart des cas. Ce n'est pas le cas pour les personnes en GIR 1 qui représentent une part minoritaire des bénéficiaires de l'APA à domicile.

[77] La saturation des plans d'aide peut n'être que théorique, plusieurs raisons pouvant expliquer pourquoi les heures d'aide prescrites ne sont pas réalisées. De ce fait, une réévaluation du plan d'aide n'a pas toujours les effets escomptés de revalorisation à la hausse des aides.

[78] Pour beaucoup d'utilisateurs, la volonté de maîtriser leur reste à charge explique qu'ils n'utilisent pas la totalité des heures d'aide dont ils pourraient bénéficier. Le plan d'aide a néanmoins été accepté par l'utilisateur car il correspond à la réalité de ses besoins même s'il ne peut en assumer le reste à charge.

[79] La saturation du plan d'aide peut également ne pas correspondre à la réalité de mise en œuvre des heures d'aide à domicile du fait d'hospitalisations intercurrentes ou encore d'un changement de lieu de vie de la personne avec par exemple une prise en charge en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

[80] Dans d'autres cas, lors de l'évaluation des besoins par l'équipe médico-sociale du département, le nombre d'heures proposées peut être un peu supérieur à la réalité des besoins, l'équipe anticipant une potentielle aggravation de la situation de la personne et préférant éviter d'avoir à réaliser une nouvelle évaluation dans un délai relativement bref.

[81] La complexité du volet domicile de la loi « ASV » et les différentes mesures qui interagissent entre elles la rendent particulièrement peu lisible pour les bénéficiaires et les aidants, avec notamment des effets difficiles à saisir s'agissant de la réévaluation des plans d'aide et du reste à charge.

## 2.2.5 Pour approcher les effets de la loi ASV relatifs à l'APA, la mission s'est appuyée sur une étude de la DREES antérieure à la mise en œuvre de la loi et sur des données transmises par certains départements

[82] Une étude de la DREES parue en mars 2016 mesure le reste à charge des bénéficiaires de l'APA à domicile<sup>13</sup>, avant la mise en œuvre de la loi ASV. Dans cette étude, le reste à charge est le montant de la participation financière au titre de l'APA, de laquelle est déduite la réduction d'impôt au titre de l'emploi à domicile.

[83] La dépense moyenne pour la dépendance est « de 520 € par mois et par individu : 406 € d'APA, 33 € de réduction d'impôt et 81 € de participation financière du bénéficiaire (...) » Le montant de la participation financière est le plus élevé pour les personnes les plus dépendantes : « 174 € en GIR 1, 142 € en GIR 2, 97 € en GIR 3 et 52 € en GIR 4. Le barème du ticket modérateur de l'APA à domicile avant la réforme de 2016, proportionnel au montant du plan d'aide, explique ce constat. »

[84] Cette étude n'intègre pas les effets de la réforme de l'APA mise en œuvre à partir de 2016. Or les revalorisations financières introduites par la loi ASV priorisent les personnes âgées les plus dépendantes et celles ayant des ressources plus faibles.

[85] L'absence de bilan national des mesures de revalorisation financière mi-2017 a conduit la mission à présenter dans ce rapport des éléments très partiels de bilan quantitatif, recueillis dans les départements qu'elle a consultés. Les tableaux qui suivent présentent des exemples illustrant différents aspects de la mise en œuvre de loi ASV : l'évolution des montants des plans d'aide par

---

<sup>13</sup> Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ?, Les dossiers de la DREES, mars 2016, n°1.

GIR, l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA et des montants des plans d'aide, l'évolution du nombre d'heures mensuelles par GIR,

Tableau 4 : Exemple d'évolution du montant des plans d'aide par GIR dans un département avant et après révision

Niveau du GIR	Montant mensuel des plans d'aide avant révision	Montant mensuel des plans d'aide après révision	Evolution en %
<b>GIR 1</b>	1 440 €	1 477 €	+ 2,5%
<b>GIR 2</b>	1 161 €	1 259 €	+ 8,4%
<b>GIR 3</b>	823 €	873 €	+ 6,2%
<b>GIR 4</b>	582 €	719 €	+ 23,6%

Source : données transmises à la mission par un département

[86] Le département concerné a souligné que sur l'ensemble des bénéficiaires ayant un plan d'aide APA saturé au 1<sup>er</sup> mars 2016, 34 % ont accepté que leur plan d'aide soit réévalué, 25 % sont sortis du dispositif (décès, entrée en établissement, déménagement dans un autre département) et 41 % n'ont pas donné suite à cette proposition.

[87] Ce tableau illustre des effets qui ne sont pas attendus en termes d'évolution des montants des plans d'aide. En effet, les personnes les plus autonomes (GIR 4) voient ce montant augmenter de 23,6 % (+137€) alors qu'il n'augmente que de 2,5 % (+37€) pour les personnes les moins autonomes (GIR 1).

Tableau 5 : Exemple d'évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA et du montant moyen des plans d'aide entre mars 2016 et mars 2017 (département 2)

	Mars 2016	Juin 2016	Septembre 2016	Décembre 2016	Mars 2017
Nombre de bénéficiaires	9 940	10 105	10 039	9 702	10 034
Montant moyen des plans d'aide	363 €	374 €	387 €	390 €	411 €

Source : données transmises à la mission par un département

[88] Ce deuxième tableau transmis par un autre département fait apparaître des évolutions significatives des montants moyens des plans d'aide (363 € en mars 2016 et 411 € en mars 2017). Le nombre de bénéficiaires est relativement stable, autour de 10 000.

Tableau 6 : Exemple de révisions des plans d'aide saturés et nombre d'heures supplémentaires mensuelles après révision en 2016 (département 3)

Niveau du GIR	Nbre de bénéficiaires	Plans saturés révisés	Nombre moyen d'heures supplémentaires après révision
<b>GIR 1</b>	37	21	6h
<b>GIR 2</b>	476	270	7h
<b>GIR 3</b>	844	390	3h
<b>GIR 4</b>	2350	418	2h
<b>TOTAL</b>	3 707	1 099	

Source : données transmises à la mission par un département

[89] Ce tableau transmis par un autre département fait apparaître que le nombre d'heures supplémentaires accordées dans le cadre de la réévaluation du plan d'aide est plus élevé pour les personnes âgées les moins autonomes (GIR1), conformément aux objectifs de la loi ASV.

[90] Plusieurs précisions du département accompagnent les données du tableau 6 :

- au cours de l'année 2016, un certain nombre de sorties interviennent (décès et entrée en EHPAD notamment) affectant la comparaison ;
- la légère baisse des taux de participation de presque tous les bénéficiaires est amoindrie par la mise à jour des ressources ;
- la progression des heures a été freinée dans certains cas par la réadaptation des plannings des services d'aide à la personne. En effet, le SAAD n'avait pas suffisamment de personnel pour les effectuer ou ne disposait pas de personnes pouvant intervenir sur les jours et horaires demandés. Les difficultés de recrutement dans le secteur ont également contribué à cette difficile adaptation des plannings.

[91] Il n'est pas possible de tirer de conclusions à partir des évolutions présentées dans les tableaux ci-dessus. La mission a toutefois jugé utile de les produire afin d'illustrer l'hétérogénéité des situations.

## 2.3 Les modalités de calcul et de versement du concours APA aux départements, prévus par la loi ASV doivent évoluer

### 2.3.1 Les modalités de calcul et de versement du concours APA aux départements sont complexes

[92] Le concours APA versé par la CNSA aux départements se scinde en deux parts :

- Une première part de concours APA dite concours APA1, issue de la loi du 20 juillet 2001 qui met en place l'APA. Elle est répartie entre les départements en fonction de quatre critères : le nombre de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans (variable entrant pour 50 % dans le calcul de la dotation du département), la dépense d'APA (20 %), le potentiel fiscal (25 %), le nombre de bénéficiaires du revenu de solidarité active (5 %).

- Une seconde part de concours APA dite concours APA2, créée par la loi ASV qui contribue au financement :
  - de la revalorisation des montants des plafonds des plans d'aide ;
  - de la refonte des barèmes de participation financière applicables aux bénéficiaires de l'APA à domicile ;
  - de la réévaluation des plans d'aide saturés ;
  - des mesures de soutien aux aidants constitués par le module répit et le module relai en cas d'hospitalisation de l'aidant.

[93] Le tableau ci-dessous présente l'évolution du financement des dépenses d'APA entre les départements et la CNSA, entre 2003 et 2016

**Tableau 7 : Financement des dépenses d'APA entre les départements et la CNSA, entre 2003 et 2016**

Année	Concours CNSA	Dépenses APA des départements	Taux de couverture CNSA	Dont dépense globale établissement	Dont dépense globale domicile
<b>2003</b>	1 323	3205	41,30 %	<b>Nd</b>	<b>Nd</b>
<b>2005</b>	1 331	3930	33,90 %	<b>Nd</b>	<b>Nd</b>
<b>2007</b>	1 513	4555	33,20 %	<b>1 565</b>	<b>2 990</b>
<b>2010</b>	1 536	5183	29,60 %	<b>1 929</b>	<b>3 254</b>
<b>2012</b>	1 656	5370	30,80 %	<b>2 089</b>	<b>3 281</b>
<b>2013</b>	1 729	5385	32,10 %	<b>Nd</b>	<b>Nd</b>
<b>2014</b>	1 776	5478	32,40 %	<b>2 240</b>	<b>3 238</b>
<b>2015</b>	1 788	5529	32,20 %	<b>2 320</b>	<b>3 209</b>
<b>2016 (p)</b>	2 017 dont <b>1 814 APA 1</b> <b>203 APA 2</b>	5692	35,43 %	2 372	3 320

Source : CNSA

[94] Le tableau ci-dessous présente les financements prévisionnels détaillés correspondant au concours APA2 pour 2016 et 2017.

**Tableau 8 : Financements prévisionnels du Concours APA2 pour 2016 et 2017**

Concours et objet	Montant budget 2016	Montant budget 2017 (voté en avril 2017)
APA 2 (barèmes, plafonds...)	239 339 025€	350 038 580€
Concours convention collective (BAD)	25 604 175€	25 602 822€
Droit au répit	41 706 800€	78 008 598€
<b>TOTAL Concours APA2</b>	<b>306 650 000€</b>	<b>650 000€</b>

Source : CNSA



[95] Cette seconde part de concours APA est répartie dans les départements selon un taux d'attribution défini ex ante pour les années 2017 et 2018, à partir d'un modèle élaboré par la DREES et utilisant des critères qui ne dépendent pas des dépenses réelles liées à la mise en œuvre du volet APA domicile de la loi ASV.

[96] Le mécanisme de calcul de cette seconde part de l'APA est complexe, découlant d'une différence de dépenses entre deux années. L'enveloppe globale attribuée est égale au total des dépenses d'APA domicile de l'année - APA domicile année 2015 (année fixe de référence<sup>14</sup>) + 25,60 M €.

[97] Ces 25,65 M€ correspondent aux crédits alloués aux départements en 2015 au titre des accords de la branche à domicile<sup>15</sup>(BAD) prévoyant une augmentation des salaires de 1% avec effet rétroactif au 1er juillet 2014.

[98] Ce montant global est limité à la fraction de contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) affectée à compter de l'année 2016 à la section II du budget de la CNSA (article 55 de la loi). L'article 55 de la loi ASV prévoit l'affectation de 55,9 % (en 2016, pour les 10 premiers mois d'effet d'une réforme entrant en vigueur le 1er mars 2016) puis 70,5 % des produits de la CASA.

[99] Le coût lié aux dépenses correspondant à la mise en œuvre des mesures APA de la loi ASV augmenté des 25,65 M€ de l'accord BAD précité a été estimé par la DREES lors des travaux préparatoires à l'élaboration de la loi ASV à 453,6 M€ en année pleine C'est sur cette base qu'a été calculé le taux de 70,5 % retenu au regard d'un montant de CASA prévisionnel.

[100] Pour chaque département, à partir d'un modèle élaboré par la DREES, un taux d'attribution d'une part de cette enveloppe est défini ex ante pour les années 2017 et 2018. Ce taux est fixé selon des critères qui ne dépendent pas des dépenses réelles liées à la mise en œuvre du volet APA domicile de la loi ASV.

[101] Pour un département donné, l'enveloppe attribuée est égale à l'enveloppe globale pondérée par le taux fixé ex ante.

[102] La régulation s'effectue ensuite en fonction de l'évolution des dépenses d'APA à domicile de l'ensemble des départements. Le montant global des dépenses d'APA liées à la mise en œuvre du volet APA domicile de la loi ASV est calculé à partir des remontées des départements transmises au plus tard au 30 juin de chaque année à la CNSA qui portent sur les dépenses et le nombre de bénéficiaires de l'APA.

[103] Pour chaque département, le taux défini ex ante est à nouveau appliqué afin de définir le montant de sa compensation.

[104] Ces modalités de calcul et de versement aux départements de la deuxième part du concours APA dite APA2 sont détaillées en annexe 1.

---

<sup>14</sup> Il s'agit de la dernière année avant la mise en œuvre de la loi ASV

<sup>15</sup> Accord de la branche à domicile du 27 novembre 2014

### 2.3.2 Les modalités calcul et de versement du concours APA peuvent entraîner des inégalités entre les départements

[105] Il n'est pas possible de déterminer le coût lié à la mise en œuvre des mesures APA de la loi ASV. En effet, l'évolution des dépenses d'APA à domicile d'un département n'est pas liée uniquement aux effets des mesures APA de la loi ASV. Elle peut résulter par exemple d'une augmentation du nombre de bénéficiaires ou de leur niveau de dépendance ou encore d'une stratégie de contrôle d'effectivité des dépenses d'APA.

[106] Ce mode de calcul entraîne plusieurs situations qui posent problème :

- les dépenses liées à la mise en œuvre des mesures APA de la loi ASV pour un département peuvent être sous-compensées parce que d'autres départements ont dépensé moins que prévu d'après le coefficient qui leur avait été attribué ex ante et que la sous-consommation globale a un impact direct sur son niveau de compensation ;
- les dépenses liées à la mise en œuvre des mesures APA de la loi ASV pour un département peuvent être sur-compensées parce que le coefficient qui lui est appliqué ne prend pas en compte la réalité de ces dépenses ;
- le montant estimé de la consommation globale de l'enveloppe peut être liée davantage à une évolution démographique qu'à une évolution des dépenses d'APA<sup>16</sup>.

[107] La probabilité d'occurrence de la dernière situation décrite est à relativiser. Enfin, le versement par acompte de 90 % du montant compensé par département avec régulation une fois que les dépenses estimées pour l'ensemble des départements seront consolidées peut aboutir, en cas de faible évolution globale de la dépense à domicile à une reprise ou à un non-versement du solde.

[108] Or, l'affichage a toujours été celui d'une réforme APA avec une compensation intégrale des coûts liés aux mesures APA de la loi ASV au niveau national. Mais un département peut ne pas être totalement compensé pour les coûts engendrés par cette mise en œuvre. Même si ce département ne peut pas calculer précisément les dépenses liées à la mise en œuvre de la réforme, il pourra avec certitude conclure que le concours APA2 qui lui est versé ne suffit pas à couvrir l'évolution de sa dépense d'APA à domicile.

[109] Quand on raisonne au niveau d'un département, la compensation n'est pas garantie par le modèle retenu qui doit donc être adapté.

[110] L'estimation des dépenses d'APA liées à la loi ASV à partir d'une évolution des dépenses d'APA à domicile pourrait, à la limite, se concevoir pour l'année de montée en charge de la loi ASV, dans la mesure où la loi impose de réévaluer les plans d'aide et donc le montant d'APA des bénéficiaires dont le plan d'aide est saturé. Une fois ce travail réalisé, la proportion de nouveaux plans d'aide à réévaluer, parce qu'ils sont saturés par rapport aux réévaluations à effectuer du fait d'une évolution de la situation de la personne, est délicate à estimer, d'autant que s'ajoutent à ces réévaluations les évaluations à réaliser pour les nouveaux bénéficiaires. Le mode d'estimation retenu pour estimer les dépenses liées à la mise en œuvre de la loi ASV apparaîtra de moins en moins pertinent. Cette distinction entre les enveloppes d'APA1 et d'APA2 doit être supprimée. La répartition entre les départements du concours APA, sans distinction à l'intérieur de ce concours de

---

<sup>16</sup> Ce point n'est pas forcément à classer dans les inconvénients puisqu'il amène à davantage d'équité dans la compensation de l'APA

deux parts distinctes APA1 et APA2 pourrait se faire soit sur les critères de l'APA1<sup>17</sup> soit selon des critères négociés avec l'Assemblée des départements de France (ADF) à partir d'une modulation des critères de l'APA1 par certains critères de l'APA2.

**Recommandation n°1 : Supprimer la distinction APA1 et APA2 au sein du concours APA et répartir ce concours APA entre les départements, soit selon les critères de l'APA1, soit selon des critères négociés avec l'Association des départements de France.**

### 2.3.3 Le financement des augmentations salariales liées à l'accord salarial de 2014 de la branche à domicile a été appliqué de façon différente par les départements

[111] La loi ASV, dans le cadre du concours APA 2, prévoit d'allouer des fonds aux départements afin que ceux-ci puissent mettre en œuvre l'accord salarial de 2014 de la branche à domicile, prévoyant une augmentation de 1 %, avec effet rétroactif au 1er juillet 2014 pour les 230 000 salariés de cette branche professionnelle. Cette mesure a fait l'objet d'un accord entre l'Etat et l'ADF en vue d'un financement à hauteur de 25,65 M€.

[112] Au cours de ses échanges tant avec les conseils départementaux consultés qu'avec les représentants du secteur, la mission a pris connaissance de situations très différentes, qui témoignent d'une mise en œuvre variable de ces dispositions.

[113] Schématiquement, on peut ainsi distinguer :

- des situations dans lesquelles les tarifs ont effectivement évolué pour tenir compte de l'accord,
- des situations concernant les services tarifés, dans lesquelles l'augmentation salariale a été incluse dans une discussion plus globale, se traduisant fréquemment par le maintien du tarif préexistant, des situations dans lesquelles le conseil départemental exprime un refus de prendre en compte ces dispositions pour divers motifs (« [la] contribution [de 25,65M€ versée par la CNSA] s'inscrit en complément des compensations dues au titre la loi d'adaptation de la société au vieillissement et est destinée aux seuls départements », « cette dotation est destinée à compenser les dépenses d'APA du département qui font suite à la mise en œuvre par les services autorisés disposant d'une tarification administrée d'un avenant à la convention collective de branche »).

[114] La mission considère que ce point ne peut être traité isolément. Il convient de prendre en compte l'encadrement juridique des différentes modalités de tarification. La façon dont est traité un coût par le conseil départemental est globale. En outre, les conventions collectives ne résument pas la politique salariale d'un SAAD.

---

<sup>17</sup> Le concours APA 1 versé par la CNSA est fondé sur une logique d'égalité territoriale. Il est réparti entre départements en fonction de quatre critères : le nombre de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans (variable entrant pour 50 % dans le calcul de la dotation du département), la dépense d'APA (20 %), le potentiel fiscal (-25 %), le nombre de bénéficiaires du revenu de solidarité active (5 %).

## 2.4 L'évolution de la dépense globale d'APA à domicile entre 2015 et 2016 moindre que prévue peut s'expliquer par la progressivité de la mise en œuvre de la réforme et sa complexité

[115] Le concours APA2 prévu en 2016 notifié aux départements par la CNSA est de 306 650 000 €<sup>18</sup>. Sur ces 306 650 000 €, 90 % soit 275 985 000 € ont été versés sous forme d'acomptes tout au long de l'année 2016. L'évolution de la dépense d'APA à domicile entre 2015 et 2016 constatée d'après les remontées des départements à la CNSA dans le cadre des états récapitulatifs est de 110 621 406 €. A ces 110 621 406 €, il faut ajouter le montant de l'accord BAD de 25 604 175€ soit un total de 136 225 581 €.

[116] Le concours APA2 pour 2016 résultant de l'application des règles actuelles est donc de 136 225 581 €. Or 275 985 000 € ont été versés aux départements. La CNSA devrait, si les règles actuelles sont appliquées, récupérer 139 759 419 €<sup>19</sup>. Cette récupération s'opérerait à partir du mois d'octobre 2017, après la notification aux départements du solde qui a lieu au 15 septembre 2017 et du montant définitif de leur concours APA.

[117] Pour l'année 2016, la mission considère qu'une disposition transitoire est nécessaire afin de prendre en compte la situation des départements dont les dépenses d'APA à domicile ont augmenté entre 2015 et 2016. Afin de remédier à ces situations pour l'année 2016, un décret en Conseil d'Etat modifiant le décret sur les concours versés aux départements devrait paraître très prochainement. Il ne s'agit pas d'une réforme pouvant apporter une solution pérenne aux difficultés soulignées par la mission et pour lesquelles celle-ci propose une modification législative (Cf. recommandation 1).

## 2.5 Un crédit d'impôt en faveur de l'emploi à domicile s'est ajouté aux mesures de revalorisation de la loi ASV à compter du 1er janvier 2017

[118] Avant le 1er janvier 2017, les contribuables inactifs qui faisaient appel à un salarié à domicile bénéficiaient d'une réduction d'impôt au titre de l'impôt sur le revenu. Afin de rendre plus égalitaire cette mesure, la loi de finances pour 2017 a introduit un crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile en faveur des contribuables inactifs. Cela implique qu'à partir du 1er janvier 2017 ces contribuables percevront la part de cet avantage non absorbée par leur impôt sur le revenu.

[119] En termes de solvabilisation, le crédit d'impôt bénéficiera aux ménages les plus modestes et pourrait permettre de réduire le non-recours à l'APA. En effet, selon une étude de la DREES de 2016<sup>20</sup>, ce sont les personnes aux revenus les plus modestes qui ont le plus de plans d'aides saturés et qui ont un taux de non-recours plus important que les bénéficiaires de l'APA aux revenus intermédiaires<sup>21</sup>.

---

<sup>18</sup> Décret n° 2016-212 du 26 février 2016 relatif à certains concours versés aux départements par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

<sup>19</sup> 139 M€ = 275 M€ - 136 M€

<sup>20</sup> Dossiers de la DREES, mars 2016 « *Dépendance des personnes âgées, qui paie quoi ?* »

<sup>21</sup> Les personnes les plus aisées ont également un taux de non recours important, mais qui n'est pas touché par l'introduction d'un crédit d'impôt. En effet les personnes âgées plus aisées avaient déjà recours aux exonérations d'impôt. Par ailleurs, on peut faire l'hypothèse que le non-recours est pour elles motivées par le faible avantage en terme d'aide (participation financière du bénéficiaire de 90 %) au regard des formalités à accomplir.

[120] L'effet pour l'année 2016 de l'augmentation des plafonds APA et de la réforme fiscale sur les services à la personne a été calculé par la DREES en faisant l'hypothèse d'une application des deux réformes sur une année pleine dès 2016. Les résultats sont les suivants :

- un surcoût théorique annuel de 339 M€ en 2016 pour la réforme APA, représentant un surcoût théorique de 485 € en moyenne par bénéficiaire (effet conjugué de l'augmentation des plafonds par GIR avec l'hypothèse de plan d'aide au plafond et intégration des nouveaux barèmes de ressources) ;
- un gain annuel 2016 (gain fictif calculé sur 2016 par souci de comparabilité) pour les bénéficiaires du crédit d'impôt sur l'emploi des personnes de 228 M€. Les effets simulés pour les bénéficiaires de la mise en place du crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile, soit un gain moyen théorique de 326 € en moyenne par bénéficiaire.

Tableau 9 : Le résultat simulé des deux réformes par niveau de dépendance

	TOTAL	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
<b>Nombre de bénéficiaires</b>	<b>698 000</b>	17 000	122 000	153 000	406 000
<b>Coût de la loi ASV sur les barèmes (M€)</b>	<b>339 M€</b>	33 M€	139 M€	92 M€	75 M€
<b>Gain annuel de la réforme crédit d'impôt (M€)</b>	<b>228 M€</b>	13 M€	71 M€	59 M€	85 M€
<b>TOTAL (M€)</b>	<b>567 M€</b>	46 M€	210 M€	151 M€	160 M€
<b>TOTAL annuel par bénéficiaire réforme loi ASV</b>	<b>485 €</b>	1941 €	1139 €	601 €	184 €
<b>TOTAL annuel par bénéficiaire réforme crédit d'impôt</b>	<b>326 €</b>	765 €	582 €	385 €	209 €

Source : DREES, simulations Autonomix, note DREES-BHD n°15bis/2017 du 28 mars 2017

[121] Ce tableau résulte d'une simulation avec un effet en année pleine sur 2016. La comparaison fait apparaître des gains simulés très différents par niveau de dépendance.

[122] Le croisement entre les critères de revenu et de dépendance renforcerait très certainement les écarts, même s'ils ne peuvent être mesurés compte tenu de la taille des échantillons.

## 2.6 L'exercice du libre-choix par les personnes âgées reste difficile malgré une accessibilité renforcée à l'information

### 2.6.1 Le portail national mis en place par la CNSA constitue un progrès

[123] La loi ASV prévoit que la CNSA mette à la disposition des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs familles une information relative à leurs droits et aux services qui leur sont destinés, en lien avec les institutions locales compétentes.

[124] La loi ASV prévoit également que les personnes âgées et leurs familles bénéficient d'un droit à une information sur les formes d'accompagnement et de prise en charge adaptées aux besoins et aux souhaits de la personne âgée en perte d'autonomie, qui est mis en œuvre notamment par la CNSA, par les départements et par les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)<sup>22</sup>.

[125] Un portail d'information à destination des personnes âgées hébergé par la CNSA et articulé avec l'offre de services des conseils départementaux, des caisses de retraite et de leurs opérateurs locaux est aujourd'hui accessible sur le site internet de la CNSA. Il a été conçu en étroite collaboration avec les acteurs du secteur de l'aide à l'autonomie : les conseils départementaux les associations de personnes âgées, d'usagers, d'aidants, les fédérations d'établissements et de services, les caisses de sécurité sociale, les caisses de retraite, les agences régionales de santé et les directions interministérielles.

[126] Depuis sa mise en ligne le 4 juin 2015, le portail [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr) compte près 4,5 millions de visites et près de 17 millions de pages vues (chiffres au 5 septembre 2017)<sup>23</sup>.

[127] La fréquentation mensuelle a doublé entre 2016 et 2017 (ajout sur le portail des prix des EHPAD dans l'annuaire avec comparateur) passant de 140 000 visites par mois en 2016 en moyenne à plus de 280 000 visites en 2017.

[128] La loi ASV prévoit en outre que le département veille à la couverture territoriale et à la cohérence des actions respectives des organismes et des professionnels qui assurent des missions d'information, d'orientation, d'évaluation et de coordination des interventions destinées aux personnes âgées. Sont notamment concernés les CLIC et les institutions et les professionnels mettant en œuvre la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA)<sup>24</sup>.

## 2.6.2 L'information délivrée par le département se heurte à la complexité des dispositifs à expliquer aux bénéficiaires, dans un contexte évolutif avec la loi ASV

[129] Le département est le chef de file des politiques en direction de personnes âgées. Tous les départements consultés par la mission ont insisté sur l'importance qu'ils accordent à l'information apportée aux personnes âgées et aux proches aidants. L'information du public et la simplification des démarches sont souvent présentés comme un enjeu majeur.

[130] Cette information est délivrée de façon générale quand les départements communiquent sur leur politique en faveur des personnes âgées et des aidants. Elle peut être diffusée dans des lieux spécifiques comme les CLIC ou par d'autres dispositifs selon les organisations existantes dans les départements (Cf. infra coordination).

---

<sup>22</sup> Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) sont des guichets d'accueil, d'information et de coordination ouverts aux personnes âgées et à leur entourage, ainsi qu'aux professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile. Ils sont mis en œuvre par les départements. Ils constituent le lieu d'information privilégié des personnes âgées et de leur entourage.

<sup>23</sup> Eléments CNSA transmis à la mission

<sup>24</sup> La méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche novatrice : l'intégration des services d'aide et de soins.

[131] L'encadré ci-après précise les obligations concernant le portail national CNSA, pour le département et pour la CNSA dans le cadre de la convention qui les lie.

**Encadré 2 : Eléments de convention entre département et CNSA concernant le portail national de la CNSA**

A titre d'illustration, la convention entre un département et la CNSA précise que celui-ci communique, met à jour et vérifie les données mises en ligne sur le portail de la CNSA qui le concernent et que la CNSA apporte dans les meilleurs délais les modifications signalées. Le site internet du département, complémentaire du portail national personnes âgées doit évoluer dans son service en ligne sur un champ commun handicaps et personnes âgées. Ce département travaille à une nouvelle configuration des CLIC à travers un regroupement et une mutualisation de certaines fonctions pour une meilleure réponse aux usagers.

[132] L'information par l'équipe médico-sociale du département joue également un rôle majeur, notamment quand elle se déplace au domicile de la personne pour évaluer ses besoins et définir son plan d'aide dans le cadre d'une demande d'APA.

[133] La loi ASV souligne que l'équipe médico-sociale du département informe la personne âgée de l'ensemble des modalités d'intervention existantes, que l'information fournie sur les différentes modalités d'intervention est garante du libre choix du bénéficiaire et que l'ensemble des dispositifs d'aide et de maintien à domicile dans le territoire concerné est présenté de manière exhaustive.

[134] L'information à délivrer est d'autant plus complexe qu'elle inclut les modifications apportées par la loi ASV.

[135] La révision des barèmes, la réévaluation des plans d'aide et la réactualisation des ressources des bénéficiaires ont nécessité une information spécifique. Comme cela a été précisé (cf. supra), la complexité des informations à délivrer explique que, quel que soit le soin apporté à leur rédaction, les courriers adressés aux personnes âgées n'ont pas suffi. Ils ont suscité de nombreuses questions qui ont conduit les départements à s'organiser pour y répondre.

### 2.6.3 Les équipes médico-sociales du département doivent expliciter les avantages et les inconvénients des différentes modes d'intervention

[136] Les départements consultés par la mission décrivent généralement aux bénéficiaires et aux aidants des modalités d'information d'aide à domicile assez complètes, explicitant les différences entre services prestataires, services mandataires et employeurs particuliers directs.



### Encadré 3 : Les modalités de l'aide à domicile

Les heures d'aide à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie, qui constituent plus de 90 % du plan d'aide, peuvent être assurées selon des modalités différentes :

- aide apportée par un service prestataire : le service qui intervient en mode prestataire fournit des prestations de services aux personnes physiques. Dans ce mode, les intervenants qui réalisent la prestation sont salariés de l'organisme qui propose les services. Ce dernier choisit le ou les salariés qui vont intervenir, élabore le planning des interventions avec le bénéficiaire, assure la continuité du service, etc. ;
- aide apportée par un service mandataire : lorsque le service intervient en mode mandataire, la personne aidée est l'employeur du professionnel qui intervient à son domicile. Le service d'aide à domicile fournit à la personne aidée une assistance dans le cadre de son statut d'employeur (accomplissement de formalités administratives, déclarations sociales et fiscales liées à l'emploi de travailleurs, etc.) ;
- aide apportée par une personne à domicile salariée par la personne aidée. Celle-ci est l'employeur de la personne, sans qu'un organisme extérieur n'intervienne pour réguler la relation de travail. Ce mode d'intervention qui correspond à « l'emploi direct » est aussi appelé « gré-à-gré ». Le bénéficiaire de l'APA emploie et rémunère directement une ou plusieurs personnes intervenant à son domicile (à l'exception de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité) ;
- aide apportée par une personne bénévole (aidants).

[137] La présentation par l'équipe médico-sociale doit être réalisée en prenant en compte le reste à charge. Les avantages et inconvénients des différents modes de prise en charge doivent être décrits en tenant compte de la situation de la personne.

[138] Dans les départements consultés par la mission, une attention particulière est apportée à cette question de reste à charge. Les équipes médico-sociales du département réalisent, dans la plupart des cas, des simulations permettant à la personne de savoir quel sera son reste à charge. Elles le calculent en fonction du contenu de son plan d'aide et en particulier du nombre d'heures d'aide humaine et du choix de la personne : emploi direct, SAAD mandataire ou SAAD prestataire avec des différences entre les tarifs pratiqués par chacun (cf. tarification). Les départements consultés sont équipés ou s'équipent d'outils informatiques portables permettant d'effectuer ces calculs au domicile de la personne.

## 2.6.4 L'exercice effectif du libre choix demeure assez relatif

### 2.6.4.1 Les personnes âgées et les proches aidants découvrent, le plus souvent, les dispositifs de prise en charge, avec peu de temps pour se décider

[139] L'amélioration de l'accessibilité à l'information pour les personnes âgées et les proches aidants pris en charge du fait de leur perte d'autonomie est déjà une réalité comme cela a été développé dans les paragraphes précédents.

[140] Les personnes âgées n'ont toutefois que rarement anticipé les conditions qui leur permettront de vivre à domicile tout au long de leur vie. Avant d'être confrontées à un besoin lié à une perte d'autonomie qui concerne la personne elle-même ou son conjoint, la recherche d'information sur les aides dont elles pourront bénéficier et sur celles qui nécessiteront une participation financière de leur part constitue rarement un centre d'intérêt. La communication grand public sur les débats relatifs à la prise en charge de la dépendance est souvent centrée sur les modalités de financement global de la dépendance, sur les places respectives de la solidarité et de la



souscription volontaire d'assurances complémentaires. Cela peut pour partie s'expliquer par la complexité des dispositifs et par la difficulté qui en résulte en termes de communication.

[141] Or, la situation des personnes âgées n'évolue pas toujours de façon progressive et elles sont souvent confrontées à la nécessité de faire des choix rapides sur leurs modes de prise en charge.

[142] L'explication des modes de prise en charge de la dépendance et de leur financement (assurance maladie, l'APA, reste à charge pour la personne âgée) est le plus souvent faite à une personne déjà en situation de perte d'autonomie. La compréhension de l'ensemble de ces dispositifs par la personne âgée ou les proches aidants risque d'être parcellaire. En outre, aucune anticipation des conséquences n'a pu être réalisée. Les organismes de protection sociale pourraient jouer un rôle d'information auprès des personnes de moins de 60 ans et des retraités

**Recommandation n°2 : Informer les actifs et les retraités sur la nécessité d'anticiper les situations de perte d'autonomie, les aides possibles et leur financement.**

**2.6.4.2 Le libre choix de la personne âgée doit pouvoir s'exprimer lors de l'élaboration du plan d'aide**

[143] La personne âgée peut exprimer son choix de façon positive sur le mode d'intervention prestataire ou non. Toutefois, la loi ASV a conservé la nécessité d'un refus exprès d'une prise en charge par un service prestataire d'aide à domicile pour les personnes présentant une perte d'autonomie importante. Le décret d'application précise que ce sont les personnes classées en GIR 1 et GIR 2 qui sont ici visées. L'équipe médico-sociale du département constitue un acteur majeur dans la possibilité d'exercice de ce libre choix par la personne âgée. En effet, l'exercice du refus exprès peut parfois être difficilement réalisable, du fait par exemple de troubles cognitifs.

[144] Par ailleurs, pour pouvoir continuer à vivre à leur domicile, certaines personnes âgées très dépendantes, souvent particulièrement isolées, auront besoin de davantage de temps de présence que des personnes vivant par exemple encore avec leur conjoint. Parfois, deux types d'intervention sont proposés et choisis (prestataire et mandataire notamment) pour permettre d'augmenter le nombre d'heures humaines en réponse aux besoins sans trop augmenter le reste à charge de la personne. Enfin, pour les mêmes raisons, la personne âgée très dépendante pourra souhaiter avoir recours à un service mandataire ou à l'emploi direct. Sa motivation n'est pas forcément liée à la dimension financière. Une personne âgée peut vouloir ne pas se séparer d'un salarié qui travaillait depuis plusieurs années à son domicile. Elle peut également être sensible au fait d'avoir une seule personne qui intervient à son domicile et de maîtriser les horaires d'intervention.

[145] A l'issue de l'évaluation des besoins de la personne, l'élaboration du plan d'aide suppose une discussion entre la personne âgée et l'évaluateur. Ce temps d'échange dont tous les départements consultés ont fait part à la mission apparaît essentiel.

[146] Au terme de l'instruction, si la personne est classée dans l'un des GIR 1 à 4, un plan d'aide assorti de l'indication du taux de sa participation financière est proposé à la personne âgée qui dispose de dix jours pour accepter le plan d'aide proposé ou présenter ses observations et en demander la modification. Dans ce cas, une proposition définitive lui est adressée dans les huit jours.

[147] Ce plan d'aide doit être accepté en totalité par la personne âgée. Dans le cas contraire, il est considéré comme refusé.

[148] Par ailleurs, le contenu du plan d'aide ne peut être contraint par des décisions en amont du conseil départemental prévoyant par exemple un nombre maximal d'heures d'aide liée à l'environnement ou un nombre minimal d'heures d'aide individuelles. En théorie, le plan d'aide pourrait servir à financer exclusivement des aides techniques si l'évaluation des besoins par l'équipe médico-sociale en montrait l'utilité. La mission souligne que toute restriction sur la nature des aides comprises dans le champ financé par l'APA en amont de l'évaluation des besoins de la personne contrevient au principe du libre choix dans l'aide et l'accompagnement aux personnes âgées

## **2.7 La réforme juridique des SAAD constitue une avancée, d'application hétérogène selon la situation des départements**

[149] La réforme du régime juridique des SAAD introduite par la loi ASV confère au conseil départemental un rôle accru dans l'organisation de l'offre de prise en charge à destination des personnes âgées. Elle place en effet sous sa responsabilité l'ensemble des SAAD prestataires pour personnes âgées, alors qu'auparavant une partie, voire une très grande majorité, était simplement agréée par les Direction régionales des entreprises, de la consommation, de la concurrence, du travail et de l'emploi (DIRECCTE)<sup>25</sup>.

[150] Les données de la base NOVA montrent qu'en 2015, 7635 organismes de services à la personne agréés avaient une activité dans les champs des « personnes âgées » ou « personnes handicapées », ces services exerçant une activité de mandataire ou de prestataire.

[151] La loi ASV conduit ainsi à une bascule automatique des SAAD prestataires qui intervenaient auprès des personnes âgées, anciennement agréés par la DIRECCTE (dits « ex agréés ») dans le champ d'une autorisation par le conseil départemental. Cette autorisation est valable quinze ans à compter de la délivrance du dernier agrément. Elle vaut autorisation à intervenir auprès des bénéficiaires de l'APA mais n'entraîne ni une habilitation à l'aide sociale, ni une tarification administrée. La zone d'intervention de ces SAAD est maintenue ; la plupart du temps, elle concernait l'ensemble d'un département voire plusieurs départements.

[152] La loi prévoit également une période transitoire jusqu'au 31 décembre 2022 pendant laquelle les créations et extensions de SAAD, pour les SAAD autorisés mais non tarifés par le département, se feront en dehors d'une procédure d'appel à projet.

[153] Le rôle des équipes médico-sociales du département qui doivent préserver le libre choix de la personne suppose que les services mandataires, qui restent agréés par la DIRECCTE puisqu'ils n'assurent pas de service aux domiciles des personnes, et l'emploi direct de salariés à domicile pour aider les personnes bénéficiaires de l'APA, puissent être présentés aux personnes âgées comme des modalités alternatives de prise en charge.

[154] Ces modes de prise en charge bien que non pilotés par le département sont donc à prendre en compte.

---

<sup>25</sup> Les points concernant cette réforme juridique seront traités ultérieurement. Ils sont mentionnés ici du point de vue de la seule amélioration de l'accessibilité géographique à ces services.

[155] Le rapport annexé à la loi ASV cite une seule fois l'emploi direct. Il précise qu'il convient de rechercher une participation renforcée des salariés travaillant en emploi direct aux relais assistants de vie quand ces salariés travaillent auprès des personnes en situation de grande dépendance (aide personnalisée à l'autonomie, GIR 1 et 2).

[156] La bascule de services agréés dans le champ de l'autorisation a induit des stratégies contrastées de la part des départements, ce qui explique notamment que l'objectif d'adéquation de l'offre aux besoins ne soit pas facile à atteindre.

### 2.7.1 S'agissant de l'offre de SAAD constituée par les SAAD ex-agréés et anciennement autorisés, la mission a pu observer des approches très différentes de la part des départements

[157] Le nombre de SAAD concernés selon les départements consultés par la mission varie de 5 à 230. Une telle hétérogénéité, le degré de maturation de l'élaboration des schémas départementaux de l'autonomie, le poids attribué aux critères liés au droit de l'Union européenne sur la concurrence expliquent notamment que la mise en œuvre de la réforme se fasse de façon très différenciée.

- Certains départements consultés par la mission considèrent qu'ils ont la possibilité d'appréhender l'offre de façon globale, compte tenu du faible nombre de SAAD nouvellement autorisés et envisagent la possibilité d'une démarche contractuelle avec ces acteurs.
- Outre le nombre de SAAD nouvellement autorisés, la volonté d'adopter une démarche contractuelle avec ces services (CPOM ou autre forme de contractualisation) varie selon les départements.
- Un afflux massif de ces SAAD nouvellement autorisés n'a pas conduit à la même attitude selon les départements consultés par la mission.
  - plusieurs départements ont organisé des rencontres bilatérales, des réunions ou encore la remontée de fiches de renseignements pour mieux connaître ces « nouveaux » services ;
  - certains départements ont continué à centrer leur relation sur les services anciennement autorisés, les liens avec les « nouveaux » services étant focalisés sur les obligations liées à leur entrée dans le champ de l'autorisation et sur leur respect du cahier des charges national ;
  - d'autres départements ont considéré que cette nouvelle donne associée au contexte du droit de l'Union européenne amenait à repenser l'équilibre en termes d'offre.

[158] Ainsi, le nombre de nouveaux services à intégrer dans l'offre d'aide à domicile aux personnes âgées a pu constituer un critère de décision.

[159] Or la question de la tarification et du financement de ces structures peut difficilement être dissociée des politiques d'organisation de l'offre et d'accessibilité financière pour les bénéficiaires.

[160] La réforme juridique des SAAD ne peut donc être considérée que comme une première étape d'un processus plus global de réduction des inégalités territoriales.

## 2.7.2 S'agissant des nouvelles demandes d'autorisation, la mission a observé des positionnements différents selon les départements, avec toutefois certains points communs

[161] La loi ASV prévoit que les SAAD sont exonérés de la procédure d'appel à projet jusqu'au 31 décembre 2022. Les départements ont eu à faire face à de nouvelles demandes d'autorisation de SAAD émanant de promoteurs.

[162] Plusieurs départements ont indiqué à la mission que les demandes pour lesquelles un appel de pièces avait été réalisé par le département sans réponse de la part du promoteur et qui n'ont donc pas été suivies d'autorisation ne peuvent être considérées comme des refus d'autorisation. Par exemple, un des départements citait 17 dossiers complets sur 81 demandes d'autorisation.

[163] La plupart des départements consultés par la mission ont insisté sur le lien entre la réponse aux nouvelles demandes d'autorisation et les schémas d'organisation de l'offre.

[164] La loi précise que les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés par le président du conseil départemental, après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avec l'agence régionale de santé, dans le cadre de la commission de coordination des politiques publiques de santé compétente dans le domaine des prises en charges et des accompagnements médico-sociaux. Les besoins des personnes en perte d'autonomie sont également recensés par le projet régional de santé, désormais inscrit dans une temporalité de dix ans qui englobe la prévention et le secteur médico-social. Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie instauré par la loi ASV (article L. 149-1 du CASF) est consulté, pour avis, sur le contenu de ces schémas. L'objectif de ces schémas est d'assurer l'organisation territoriale et l'accessibilité de l'offre de services de proximité destinée aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie et à leurs proches aidants.

[165] Le degré d'élaboration des schémas varie selon les départements. Certains ont opté pour un schéma de l'autonomie, d'autres pour deux schémas distincts, l'un spécifique aux personnes âgées, l'autre spécifique aux personnes handicapées. Plusieurs départements souhaitent aller vers un schéma des solidarités reflétant l'approche d'ensemble des politiques du département avec la définition d'orientations communes quel que soit l'âge pour l'aide à la vie quotidienne, la mobilité, l'accès au logement ou l'autonomie décisionnelle.

[166] Selon les départements consultés par la mission, les stratégies varient. Certains départements souhaitent prendre le temps d'évaluer l'impact de la mise en œuvre de la loi ASV et comptent mettre en place un « moratoire » sur les autorisations. Un des départements consultés par la mission souligne la nécessité de « cartographier » précisément l'offre dans ce nouveau contexte lié à la réforme juridique des SAAD qui permet de mieux s'assurer de la cohérence et de l'équilibre des intervenants sur le territoire. Un autre département va lancer en 2017 une étude concernant l'aide à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées afin d'établir un diagnostic et de préciser sa politique en termes de maintien à domicile.

[167] L'offre existant dans un autre département consulté par la mission est très majoritairement assurée par six services autorisés et tarifés alors que les 30 SAAD ex agréés ont une très faible activité. Ce département note que d'autres SAAD ex agréés sont devenus autorisés automatiquement par d'autres départements mais que leur zone d'intervention recouvre plusieurs départements dont le leur. La cartographie exhaustive de l'offre nécessite une réelle appropriation de la loi ASV par les différents acteurs.

[168] Plusieurs fédérations représentant les SAAD ont insisté sur l'importance de ne pas utiliser le critère de taille des services ou de nombre d'heures d'aide réalisées comme un mode de sélection de services qui pourraient ou pas être autorisés.

[169] Par ailleurs, une fois les SAAD autorisés, les départements auront peu de marge de manœuvre pour refuser le renouvellement d'autorisation même s'il n'est pas compatible avec les objectifs et les besoins du schéma. Le renouvellement des autorisations est en effet subordonné aux seuls résultats de l'évaluation externe. Une régulation incluant notamment la compatibilité avec les schémas départementaux de l'autonomie permettrait d'accroître l'efficacité du dispositif<sup>26</sup>.

**Recommandation n°3 : Revoir les critères de renouvellement des autorisations des SAAD, en concertation avec les acteurs concernés.**

### 2.7.3 Une certaine souplesse est nécessaire dans l'application de la réforme juridique des SAAD

[170] Les services ex-agrésés disposaient d'un agrément pour intervenir dans un département, voire plusieurs. Leur passage dans le champ de l'autorisation leur impose de répondre aux demandes d'intervention de tous les bénéficiaires de l'APA ou de la PCH résidant sur leur zone d'intervention.

[171] Les autorisations sont données au niveau du département. Or pour un SAAD qui exerçait dans des zones géographiques proches situées par exemple dans trois départements distincts mais limitrophes, le respect du cahier des charges national (cf. infra) indispensable pour être autorisé, suppose la nécessité de disposer de trois lieux d'accueil. Si la zone d'intervention du SAAD ne concerne pas l'intégralité des trois départements mais un territoire restreint situé sur ces trois départements, le fait de n'avoir qu'un seul lieu d'accueil pour les trois départements peut ne pas poser de problème d'accessibilité géographique aux bénéficiaires et aux proches aidants. Plusieurs fédérations ont attiré l'attention de la mission sur ce point, compte tenu notamment des conséquences sur les coûts de fonctionnement des SAAD.

**Recommandation n°4 : Accorder aux départements la possibilité de ne pas exiger de lieu d'accueil dans le département, si le SAAD dispose d'un lieu d'accueil dans un département limitrophe, accessible géographiquement pour les usagers.**

### 2.7.4 Un nombre plus important de SAAD est placé sous la responsabilité des départements, notamment pour la gestion des signalements

[172] La loi ASV prévoit que les SAAD autorisés sont tenus d'informer sans délai le conseil départemental de tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées.

---

<sup>26</sup> L'IGAS a conduit une mission d'évaluation du dispositif d'évaluation interne et externe instauré par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (rapport 2016-113R, juin 2017). Parmi ses recommandations figure la suppression du caractère exclusif du lien entre les résultats de l'évaluation et le renouvellement de l'autorisation pour pouvoir prendre en compte l'adaptation de l'offre aux besoins de la population (recommandation N°11)

[173] Différentes typologies de dysfonctionnements sont présentées dans l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales ainsi que les modalités de transmission de cette information. Les dispositions envisagées par la structure pour y remédier, selon le type de dysfonctionnements, doivent être précisées.

[174] Les départements assuraient déjà la gestion des plaintes émanant par exemple de familles de personnes âgées mécontentes du service rendu par la structure de prise en charge. Parmi les motifs souvent cités à la mission figurent l'horaire des interventions, le non-passage d'un intervenant sans que la personne âgée (ou l'aidant) n'ait été informée, le nombre multiple d'intervenants, y compris pour des personnes souffrant de troubles cognitifs.

[175] Parmi les départements rencontrés, certains se sont organisés spécifiquement pour gérer ces signalements.

**Encadré 4 : Exemple d'une organisation de gestion des signalements mise en place dans un département**

Les directeurs d'établissements et de services ont été sensibilisés par le département à cette obligation de signalement issue de la loi ASV. Une cellule signalement a été mise en place au sein de la direction de l'autonomie des personnes avec l'élaboration de procédures : fiches technique de recueil téléphonique de signalement concernant les personnes âgées vulnérables, mise en place d'une fiche de transmission des signalements et des événements indésirables pour améliorer le suivi, la traçabilité et la lisibilité du parcours du signalement au sein de la direction, modélisation du processus de gestion du signalement.

[176] La question des modalités et des capacités de contrôle de ces services nouvellement autorisés, le plus souvent peu connus des départements, se pose également.

[177] Plus généralement, les moyens à consacrer aux contrôles des différentes structures sous la responsabilité du département font de cette question un sujet très sensible. Certains départements rencontrés par la mission ont mis en place un programme de contrôle des structures sociales et médico-sociales pour lequel les SAAD ne semblent pas constituer la première des priorités. Toutefois, ce programme est modifiable en fonction des signalements de dysfonctionnements.

**Encadré 5 : Exemple de situation sensible à gérer par un département en cas de dysfonctionnement majeur d'un SAAD**

Un département consulté par la mission a rencontré de grosses difficultés avec un SAAD qui était en cours de liquidation judiciaire. Un dysfonctionnement dans la gestion des plannings a ainsi conduit à la non-prise en charge d'une personne âgée très dépendante pendant 72h. La famille ayant eu connaissance de cet événement grave a déposé plainte auprès de la gendarmerie pour délaissement de personne vulnérable. Sur ce constat, s'est posée la question pour le département de fermer le service et retirer l'autorisation du SAAD sans attendre la décision judiciaire et la reprise par un autre SAAD. La responsabilité pénale du Président du conseil départemental peut désormais être engagée dans ce type de situation. Un travail de transfert des situations les plus sensibles a été mené en l'espèce.

[178] L'arbitrage entre une décision de fermeture liée à un dysfonctionnement majeur et le risque de non-prise en charge de personnes âgées qui le nécessitent a été particulièrement délicat. Dans ce cas, un travail au cas par cas sur la situation de chaque personne accompagnée a été réalisé.

[179] En cas de dysfonctionnements graves de la structure, une mise en demeure peut être adressée à la structure avec, en l'absence de réponse du SAAD, une possibilité de retrait de l'autorisation par le département, sa responsabilité étant engagée en tant qu'autorité ayant délivré l'autorisation.



[180] Dans ce contexte, le département doit trouver un équilibre entre les risques de mise en danger des bénéficiaires du fait de la mauvaise gestion de la structure et les risques de mise en danger des bénéficiaires se retrouvant sans prise en charge du fait de la fermeture de leur service.

[181] Des départements ont mis en place des procédures de contrôle mais d'autres ont souligné qu'ils n'avaient pas les moyens de ce contrôle. Ces difficultés témoignent de la nécessité de se donner les moyens de structurer une offre de SAAD de qualité sur un territoire.

[182] Pour les services mandataires, cette information sur les dysfonctionnements est effectuée auprès de la DIRECCTE.

[183] S'agissant de l'emploi direct, le rapport annexé à la loi ASV prévoit l'organisation de relais assistants de vie qui devraient contribuer à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées ayant retenu ce mode d'intervention. Les relais assistants de vie sont conçus comme des lieux de proximité, de professionnalisation et de développement de nouvelles formes d'organisation de l'emploi à domicile. Ils sont organisés dans le cadre d'une convention avec les conseils départementaux et la CNSA. Certains départements avaient déjà conclu avec la CNSA un accord cadre prévoyant de déploiement de relais assistants de vie sur le territoire, en lien avec un institut de formation spécialisé dans « la professionnalisation des emplois de la famille » (IPERIA Institut).

[184] Pour les événements indésirables graves associés aux soins, la déclaration faite par tout professionnel de santé ou tout responsable de service médico-social doit être faite au directeur général de l'agence régionale de santé.

## **2.8 Le CPOM et les conventions département/SAAD peuvent améliorer l'accessibilité géographique et la qualité de prise en charge**

[185] Le département et les SAAD peuvent conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) dont la loi ASV précise qu'un des objectifs est de favoriser la structuration territoriale de l'offre d'aide à domicile et la mise en œuvre des missions des SAAD au service du public. La loi ASV souligne que le contrat précise notamment le territoire desservi, les modalités de participation aux actions de prévention de la perte d'autonomie prévues par les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie et par le schéma régional de santé ainsi qu'à l'optimisation des parcours de soins des personnes âgées (Cf. annexe 2 sur le contenu minimal du CPOM).

[186] Le CPOM ou d'autres formes de contractualisation apparaissent comme un des vecteurs pour favoriser la réponse aux besoins des personnes âgées dépendantes dans certaines zones géographiques, notamment celles difficiles d'accès. La question des zones blanches ne concerne pas tous les départements et l'accompagnement des personnes âgées en milieu rural fait l'objet d'une attention particulière. Certains départements consultés et certaines fédérations ont souligné que, même en l'absence de zone blanche, ces territoires sont parfois caractérisés par l'intervention d'un seul prestataire avec comme corollaire une impossibilité de choix et surtout un accès à des soins infirmiers plus difficile qui peut parfois induire un report des prises en charge vers les SAAD, en particulier pour la réalisation des toilettes qui doivent être faites par un professionnel de santé compte tenu de l'état de la personne.

[187] La politique des départements vis-à-vis des CPOM varie fortement selon qu'ils mettaient ou pas en œuvre une politique de contractualisation avant la loi ASV. Les quatorze départements qui avaient choisi d'entrer totalement en expérimentation, dans le cadre de l'arrêté du 30 août modifié le 6 janvier 2014, avaient traduit ce choix soit par la signature d'un CPOM définissant les

modalités de financement des SAAD pour neuf d'entre eux, soit par la signature de conventions<sup>27</sup>. Le rapport de l'IGAS évaluant cette expérimentation concluait notamment que la pratique contractuelle sous forme de CPOM ou de convention était un des partenariats entre départements et SAAD à encourager et recommandait de définir au niveau national une liste de contenus obligatoires pour les CPOM qui organisent un mode de solvabilisation ou de tarification issu de l'expérimentation.

[188] La loi ASV a repris cette possibilité de contractualisation des départements avec les SAAD et rendu obligatoire les CPOM avec les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Plusieurs départements ont tenu à rappeler qu'ils devaient déjà établir des CPOM avec les EHPAD puisque la loi ASV les rendait obligatoire dans ce secteur. Certains ont donc choisi de reporter les démarches de contractualisation avec les SAAD.

[189] Parmi les départements consultés par la mission qui envisagent la signature de CPOM, certains engagent parallèlement des travaux sur l'analyse de coût des SAAD. Tous les départements consultés par la mission ne souhaitent pas retenir la forme du CPOM pour établir un dialogue de gestion avec les SAAD, certains préfèrent s'en tenir à une convention.

[190] Le degré d'avancement sur l'intégration d'objectifs d'amélioration de la qualité varie fortement selon les départements consultés. Dans certains cas, il s'agit plutôt de reprise d'obligations qui figurent déjà dans le cahier des charges national (obligation de continuité des soins par exemple), ce qui pose la question de leur place au sein d'un CPOM. Dans d'autres cas, le CPOM est utilisé comme un outil d'amélioration des pratiques, comme par exemple une limitation du nombre d'intervenants auprès d'une personne âgée ou un horaire de coucher adapté au mode de vie du bénéficiaire.

[191] Par ailleurs, certaines fédérations considèrent le CPOM comme un vecteur de différenciation entre services ex agréés et services anciennement autorisés, le département pouvant décider de ne pas contractualiser avec les services ex-agrégés. Cette question renvoie notamment à la problématique du droit de la concurrence de l'Union Européenne qui est traitée ultérieurement dans le rapport, de même que l'ensemble des aspects financiers liés à la contractualisation.

[192] Pour la mission, la démarche d'élaboration, la mise en place d'un véritable dialogue de gestion entre le département et le SAAD avec en corollaire les contenus des CPOM ou des conventions apparaissent plus importants que le formalisme retenu. Dans la même logique qui a conduit à ce que la loi ASV n'impose pas la conclusion de CPOM pour les SAAD, la mission souligne l'intérêt de privilégier une démarche et un contenu, sans forcément imposer un mode de contractualisation.

[193] La conclusion de CPOM ou de conventions entre départements et SAAD, dans le cadre d'un réel dialogue de gestion, peut être considérée comme une étape constructive dans la structuration de l'offre.

---

<sup>27</sup> Evaluation des expérimentations relatives à la tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), Branchu C, Jaouen V et Naves P, rapport IGAS 2014-130R, avril 2015



## 2.9 Les outils qualité imposés aux SAAD se superposent, ce qui interroge sur l'efficacité globale du dispositif

[194] Le tableau ci-dessous précise les « outils qualité » imposés, avant et après la loi ASV aux services autorisés et agréés, puis dits « ex-agrégés ».

Tableau 10 : Evolution des obligations en termes de qualité pour les SAAD

	Avant la loi ASV	Après la loi ASV
Services autorisés	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Evaluation interne et évaluation externe</li> <li>● Elaboration d'un projet de service</li> <li>● Livret d'accueil à fournir aux usagers incluant un règlement définissant les droits et obligations ainsi qu'une charte des droits et libertés de la personne accueillie</li> <li>● Elaboration d'un document individuel de prise en charge de la personne âgée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Evaluation interne et évaluation externe</li> <li>● Elaboration d'un projet de service</li> <li>● Respect d'un cahier des charges national<sup>28</sup> prévoyant notamment <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un projet individualisé d'aide et d'accompagnement</li> <li>- L'adhésion obligatoire à la Charte nationale qualité de la Direction générale des entreprises (DGE)</li> </ul> </li> <li>- Une obligation de formation des dirigeants</li> </ul> <p>Dans ce cahier des charges, il est fait référence au livret d'accueil prévu par la loi 2002-2 et son contenu est détaillé.</p>
Services agréés puis « ex-agrégés » (d'après la loi ASV)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cahier des charges à respecter<sup>29</sup>, et notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le gestionnaire remet sous forme papier un livret d'accueil à chaque bénéficiaire</li> <li>- Une proposition d'intervention individualisée est élaborée avec le bénéficiaire à partir d'une évaluation globale et individualisée de la demande et des besoins du bénéficiaire réalisée par le gestionnaire ou l'encadrant.</li> </ul> </li> <li>● Adhésion facultative à la Charte nationale qualité de la Direction générale des entreprises (DGE)</li> </ul>	

Source : *Mission*

[195] Ces différents outils sont explicités dans les paragraphes qui suivent. Le tableau ci-dessus permet toutefois de visualiser que chaque obligation existant dans un secteur (SAAD autorisés ou SAAD agréés) est devenue obligatoire pour tous les SAAD autorisés d'après la loi ASV, avec un effet cumulatif. En outre, certaines mesures facultatives dans un secteur sont devenues obligatoires pour les deux (adhésion à la charte nationale qualité de la Direction générale des entreprises) et d'autres correspondent à une obligation nouvelle (obligation de formation pour les dirigeants).

<sup>28</sup> Décret no 2016-502 du 22 avril 2016 relatif au cahier des charges national des services d'aide et d'accompagnement à domicile et modifiant le code de l'action sociale et des familles.

<sup>29</sup> Arrêté du 26 décembre 2011 fixant le cahier des charges prévu à l'article R. 7232-7 du code du travail.

### 2.9.1 Les SAAD sont tenus de respecter un cahier des charges national qui impose notamment une obligation d'adhésion à la charte nationale qualité

[196] Les services ex-agrésés devaient répondre à un cahier des charges dans le cadre de leur agrément ce qui n'était pas le cas pour les services autorisés par le département. La loi ASV prévoit qu'un cahier des charges national s'impose à l'ensemble des SAAD. Ce cahier des charges est défini par le décret 2016-502 du 22 avril 2016. Les prescriptions de ce cahier des charges constituent des conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement que le gestionnaire met en œuvre selon ses propres choix d'organisation.

[197] Ce cahier des charges national diffère peu de celui auquel les SAAD ex-agrésés étaient soumis.

[198] Deux différences importantes sont toutefois à relever :

- une obligation d'adhésion à la charte nationale qualité élaborée par la Direction générale des entreprises (DGE) pour les services autorisés depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016 ;
- une obligation de formation des dirigeants.

[199] L'adhésion à la charte nationale qualité reste facultative pour les organismes déclarés et agréés, donc pour les services mandataires.

[200] L'objectif de la charte nationale de qualité est de soutenir et accompagner l'engagement des organismes dans l'amélioration de la qualité de service.

[201] Cette charte est présentée comme un outil commun de diffusion d'une culture de la qualité et de ressources documentaires, un outil pédagogique d'accompagnement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de l'organisme, un outil de promotion de l'organisme auprès des partenaires. Cet outil est mis gratuitement à la disposition des organismes de services à la personne par le ministère chargé de l'économie. Pour que l'adhésion à la charte nationale qualité soit effective, les SAAD doivent réaliser une auto-évaluation et définir d'un plan d'action. L'adhésion doit être renouvelée annuellement.

[202] Les professionnels dirigeant les SAAD anciennement agréés ont un délai de 10 ans pour acquérir le diplôme requis. S'ils ne justifient pas de l'ancienneté de trois ans nécessaire pour s'engager dans un parcours de validation des acquis de l'expérience au 22 avril 2016, le délai est augmenté de la durée d'expérience manquante.

[203] Le cahier des charges prévoit également qu'un projet individualisé d'aide et d'accompagnement est élaboré avec la personne accompagnée à partir d'une évaluation globale et individualisée de la demande et des besoins de celle-ci.

[204] Or les SAAD ont également à réaliser une évaluation externe, sur la base d'une évaluation interne (Cf. infra). L'intérêt de ces évaluations, déjà mises en œuvre depuis de nombreuses années par les SAAD autorisés été souligné par un récent rapport de l'IGAS<sup>30</sup>.

[205] Dans ce contexte, une simplification apparaît indispensable.

---

<sup>30</sup> Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux, Hesse C., Leconte T, Rapport IGAS n°2016-113 R, juin 2017

## 2.9.2 Les outils qualité de la loi du 2 janvier 2002 concernent désormais l'ensemble des SAAD

[206] Les services ex-agrèés basculent dans le champ de l'autorisation. Ils sont dès lors soumis à la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui comporte notamment plusieurs dispositifs visant à l'amélioration de la qualité de prise en charge des personnes âgées. Il s'agit de l'obligation :

- de fournir aux usagers un livret d'accueil qui inclura un règlement définissant les droits et obligations ainsi qu'une charte des droits et libertés de la personne accompagnée ;
- d'élaborer un document individuel de prise en charge, conçu avec la participation de la personne accompagnée ou de son représentant légal. Ce document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement ou de service. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel ;
- d'élaborer un projet de service qui définit les objectifs de la structure, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement.

[207] Certaines de ces obligations recourent celles auxquelles ces services agrèés étaient soumis dans le cadre de l'agrément mais l'obligation d'élaborer un projet de service constitue une obligation nouvelle. Ce projet doit avoir été élaboré pour juillet 2017.

[208] En outre, les SAAD ex-agrèés sont désormais tenus de procéder à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). La loi prévoit une obligation d'évaluation externe réalisée par des organismes habilités par l'ANESM. Ainsi, l'évaluation externe prévue dans la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale s'impose désormais à tous le SAAD. Cette évaluation externe doit être réalisée en tenant compte d'une évaluation interne des activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent au regard notamment des recommandations de l'ANESM. Dans les recommandations de l'ANESM, il est notamment souligné que « *par rapport à l'évaluation externe, l'évaluation interne doit être ni trop éloignée pour maintenir du sens entre les deux évaluations ; ni trop rapprochée pour laisser du temps à la mise en place d'actions correctives et pour permettre de voir les effets de celles-ci. L'écart de deux ans, en moyenne, entre les deux évaluations, prévu par le cadre législatif (sauf dispositions particulières) correspond au déroulement d'une démarche dynamique et continue* ».

[209] Les travaux réalisés par la DGCS ont déjà permis des améliorations dans ce domaine. En effet, le décret n°2017-705 du 2 mai 2017 relatif aux évaluations des activités et de la qualité des SAAD<sup>31</sup> a pris en compte cette nécessité et prévoit que « *Lorsque leur agrément aurait pris fin entre le 30 décembre 2015 et le 27 décembre 2017, les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant du III de l'article 47 ou du III de l'article 48 de la loi susvisée font procéder à leur évaluation externe dans un délai d'un an à compter du 28 décembre 2017* ».

---

<sup>31</sup> Décret du n° 2017-705 du 2 mai 2017 relatif aux évaluations des activités et de la qualité des services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant du 60, 70 ou 160 du I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles.

[210] Par ailleurs, ce même décret prévoit que « *Pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant du III de l'article 47 ou du III de l'article 48 de la loi du 28 décembre 2015 susvisée dont l'agrément aurait pris fin entre le 30 décembre 2015 et le 31 décembre 2016, l'évaluation par un organisme extérieur de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, à laquelle ces services ont fait procéder en application du premier alinéa de l'article D. 347-1 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction antérieure à la date d'entrée en vigueur du présent décret, dispense de la première des deux évaluations externes prévues dans le cadre du régime de l'autorisation en application de l'article D. 312-205 du même code.* »

[211] En outre, les SAAD ex-agrésés avaient pu opter pour une certification à la place de l'évaluation externe. Trois certifications étaient reconnues par l'agence nationale des services d'aide à la personne : la certification NF service « services aux personnes à domicile » délivrée par AFNOR certification, la certification Qualicert « service aux particuliers » délivrée par CGS-ICS, la certification Qualisap « Qualité de service des organismes exerçant des activités de services à la personne » soumise à agrément et à déclaration délivrée par bureau Veritas certification.

[212] Le décret précité du 2 mai 2017 a notamment pris en compte cette spécificité et ouvre la possibilité d'une équivalence totale entre certification et évaluation externe lorsque le référentiel de certification répond à l'ensemble des conditions du cahier de charges national.

[213] La mission a ainsi pu constater que les observations émanant du terrain ont été, dans ce domaine, rapidement prises en compte par la DGCS pour faciliter la mise en œuvre de la loi.

[214] Dans certains départements, il existe également une charte qualité spécifique que les services doivent respecter.

[215] La mission constate que les SAAD sont soumis à une évaluation externe qui suppose une autoévaluation, au respect d'une charte nationale de qualité qui nécessite une autoévaluation et parfois également à une charte qualité mise en place par le département. En outre, plusieurs outils figurant dans le cahier des charges national sont déjà intégrés, soit à l'identique soit de façon très proche, aux outils qualité de la loi 2002-2. Cette loi a constitué un tournant majeur notamment dans l'amélioration de la qualité de prise en charge des personnes âgées. Elle a fait l'objet d'une appropriation par les acteurs. Il paraît donc opportun de simplifier le cahier des charges national définissant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SAAD afin d'éviter des obligations redondantes pour les services et de faciliter la lisibilité des démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité de prise en charge par le SAAD.

**Recommandation n°5 : Simplifier le cahier des charges national définissant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SAAD.**

## 2.10 La loi ASV prévoit une amélioration de l'évaluation des besoins des personnes âgées mais les dispositifs d'évaluation et de coordination existants doivent être simplifiés

### 2.10.1 Le nouveau référentiel multidimensionnel apparaît comme un progrès mais son utilisation demande plus de temps pour les équipes médico-sociales

[216] Une évaluation multidimensionnelle des besoins des personnes âgées vivant à domicile pour l'élaboration du plan d'aide élaborée par l'équipe médico-sociale du département est prévue par la loi. Elle donne à la CNSA un rôle d'expertise technique et de proposition pour les référentiels nationaux qui évaluent les déficiences et la perte d'autonomie, ainsi que la situation et les besoins des proches aidants. Le référentiel d'évaluation multidimensionnel de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants a été fixé par arrêté du 5 décembre 2016 (JO du 11 décembre 2016).

[217] La CNSA a élaboré un guide d'utilisation de ce référentiel. Le passage d'une évaluation centrée sur la classification des personnes âgées en GIR à l'aide de la grille autonomie gérontologique groupes iso-ressources (AGGIR) à un outil d'évaluation multidimensionnel, où la classification en GIR est conservée, a été précédé d'une phase de co-construction. 29 départements expérimentateurs ont participé à cette phase de test dès janvier 2016 puis 15 départements supplémentaires à partir de juin 2016.

[218] C'est sur la base de ce référentiel que chaque département détermine l'outil de recueil de données utilisé par l'équipe médico-sociale. L'arrêté précité précise notamment que l'évaluation conduite par l'équipe médico-sociale peut être enrichie des éléments recueillis ou transmis par des partenaires notamment le médecin traitant, les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), les gestionnaires de cas relevant de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA). Les éléments recueillis font partie du dossier de la personne, ils lui sont communicables si elle en fait la demande.

[219] Les données collectées vont donc bien au-delà de la simple analyse de la dépendance de la personne âgée ce qui suppose la mise en œuvre d'une transversalité que la logique de territoire facilite (Cf. infra).

[220] Dans plusieurs départements consultés par la mission, ce référentiel est considéré comme un progrès car le document permet une formalisation de l'évaluation globale, nécessaire à l'évaluation au plus proche des besoins et à la prise en compte de l'aidant. Cela correspond à des logiques que plusieurs départements avaient déjà développées afin de mieux cerner les besoins des personnes et les aides existantes notamment sur le champ sanitaire (passage d'une infirmière libérale ou d'un SSIAD par exemple).

[221] S'agissant de l'adaptation du logement, les situations diffèrent selon que le département s'était déjà engagé ou pas dans des aides extralégales dans ce domaine avec le recours parfois à des ergothérapeutes. Pour les départements consultés où ce n'était pas le cas, les interlocuteurs ont indiqué qu'il s'agit d'une évolution de métiers. Les notions de chauffage ou de précarité énergétique n'étaient par exemple pas souvent familières pour les équipes d'évaluation médico-sociales du département.

[222] Il en est de même pour l'évaluation des besoins des aidants. La question des aidants était jusque-là abordée par les départements de façon quasi systématique, pour favoriser la complémentarité entre les aides apportées par l'aidant et celles prévues dans le plan d'aide et non par rapport aux besoins des aidants. Toutefois, certains départements proposaient déjà des mesures spécifiques aux aidants dans le cadre de l'aide relevant de leur politique en faveur des personnes âgées.

[223] La plupart des départements consultés par la mission reconnaissent l'apport de ce référentiel. Ils soulignent néanmoins un allongement du temps de visite en moyenne d'une demi-heure et un allongement du traitement administratif également en moyenne d'une demi-heure.

[224] Par ailleurs, plusieurs départements consultés ont indiqué à la mission des difficultés pour recruter des médecins en insistant sur l'importance d'un regard médical dans ce type d'évaluation même si cet apport ne se traduit pas par une visite au domicile du bénéficiaire.

[225] Pour tenir compte des évolutions de la loi ASV, une nouvelle convention type CNSA - département a fait l'objet d'une délibération lors du Conseil de la CNSA. Elle comporte des mesures relatives au déploiement d'un référentiel d'évaluation multidimensionnel pour l'APA.

**Encadré 6 : Exemple de mesures concernant le référentiel d'évaluation multidimensionnel figurant dans une convention entre la CNSA et un département**

A titre d'illustration, dans une convention entre la CNSA et un département, il est prévu que le département s'engage à utiliser ce référentiel et à accompagner son appropriation et son utilisation par les équipes médico-sociales en charge de l'APA, en lien avec les démarches nationales d'accompagnement conduites par la CNSA. Il est rappelé que ce département a participé activement à l'élaboration et aux phases de test du référentiel d'évaluation multidimensionnelle. La convention précise que la CNSA apportera, dans le cadre d'un partenariat avec le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT), un appui à la formation des professionnels des équipes médico-sociales en vue de leur appropriation de ce référentiel. Il est enfin mentionné que le référentiel et le projet de sa traduction en spécifications fonctionnelles que la CNSA prévoit de mener avec l'appui de l'agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP santé) en 2017 prendront en compte le référentiel d'évaluation retenu pour les MAIA.

[226] La CNSA a également mis à disposition des départements un support papier pour ceux dont les systèmes d'information ne seraient pas encore opérationnels pour intégrer la version du référentiel remplaçant la grille utilisée habituellement par l'équipe médico-sociale du département.

[227] La mission a rencontré peu de départements qui souhaitent repasser, même de façon transitoire, à un format papier pour le recueil des données. Pour beaucoup, cela reviendrait à une régression alors qu'ils ont fait des efforts pour développer des outils permettant de calculer globalement le reste à charge de la personne à son domicile en fonction du plan d'aide élaboré.

[228] La question du pouvoir de négociation des départements avec les éditeurs de logiciels et de l'adaptation des systèmes d'information aux obligations réglementaires est majeure et transversale à plusieurs sujets structurants abordés par la mission.

### 2.10.2 La loi ASV vise notamment à éviter une double évaluation de la perte d'autonomie des personnes âgées par le département et par les caisses de retraite

[229] La loi ASV pose le principe d'une reconnaissance mutuelle par les organismes de sécurité sociale de la perte d'autonomie des personnes âgées selon la grille nationale d'évaluation. Les caisses de retraite avaient été associées par la CNSA aux travaux sur le référentiel. Cette reconnaissance mutuelle doit conduire à une économie des ressources déployées pour réaliser cette évaluation et également à éviter une double évaluation pour les personnes âgées.

[230] Les instances d'évaluation et de coordination au bénéfice des personnes âgées demeurent néanmoins encore multiples entraînant une complexité et une illisibilité des dispositifs.

### 2.10.3 La mission a identifié dix dispositifs d'évaluation et de coordination dont peuvent bénéficier les personnes âgées, ce qui amène une perte de lisibilité et interroge sur leur efficacité

[231] La mission a recensé différents dispositifs d'évaluation des besoins des personnes âgées qui relèvent tous d'une démarche globale d'évaluation centrée sur la personne, intégrant les besoins sanitaires, médico-sociaux et sociaux qui figurent dans le tableau ci-dessous. Quand l'évaluation est uniquement sociale ou sanitaire, ce point est spécifié.

Tableau 11 : Recensement des différents dispositifs d'évaluation des besoins des personnes âgées

	Pilote Etat	Pilote	Outil utilisé et Institution responsable	Evaluateur	Cible	Objectifs	Financement
Evaluation prévue par l'article L232-2 du CASF	DGCS	Département	Grille nationale d'évaluation de la perte d'autonomie grille AGGIR <sup>32</sup> CNSA	Equipe médico-sociale du département	Personne âgée de 60 ans et plus	Classification en GIR pour l'éligibilité à l'APA	Département et versement CNSA au département
Evaluation prévue par l'article L232-6 du CASF	DGCS	Département	Référentiel d'évaluation multi-dimensionnelle <sup>33</sup> CNSA	Equipe médico-sociale du département	Personne âgée de plus de 60 ans et proche aidants	Plan d'aide et montant de l'APA	Département et versement CNSA au département
Evaluation prévue dans le cadre du cahier des charges des Maïa et mesures 3 du plan maladies neurodégénératives (PMND)	DGCS	ARS et pilotes opérationnels identifiés après appel à projet par l'ARS (département, association, Clic, établissement de santé ...)	Outil d'évaluation multidimensionnel : volet domicile d'inter Resident Assessment - Home care (RAI Home Care) CNSA	Gestionnaire de cas Maïa	Personne âgée de 60 ans et plus en perte d'autonomie	Plan de service individualisé	Financement CNSA abondant le FIR des ARS
PAERPA Parcours des personnes âgées en risque de perte	DSS	ARS	Modalités d'évaluation décrite dans le Plan Personnalisé de santé	Sous responsabilité du médecin traitant	Personnes âgées de 75 ans et plus, résidant sur le territoire pilote et	Plan personnalisé de santé	ARS par le FIR <sup>34</sup>

<sup>32</sup> Dans ce cas, l'évaluation n'intègre pas de dimension sanitaire mais la grille AGGIR est utilisée désormais dans le cadre de l'évaluation multidimensionnelle (cf. ligne du tableau suivante)

<sup>33</sup> Cet outil est prévu par l'arrêté du 5 décembre 2016 et intègre la grille AGGIR

<sup>34</sup> Ces crédits du FIR sont fléchés pour les PAERPA, dans le respect du principe de la fongibilité asymétrique



RAPPORT IGAS N°2017-004R / IGA N°16113-R1

	Pilote Etat	Pilote	Outil utilisé et Institution responsable	Evaluateur	Cible	Objectifs	Financement
d'autonomie prévue par la LFSS 2013 art 48			HAS		aidants		
Evaluation prévue par la loi de modernisation du système de santé L6327 -2	DGOS	ARS	Evaluation sanitaire et sociale de la situation et des besoins du patient ainsi que la synthèse des évaluations	Médecin traitant et intervenants de la Plateforme territoriale d'appui	Personnes présentant des parcours de santé complexes	Pas de plan spécifique formalisé dans le texte	ARS par le FIR
Réseaux de santé	DGOS	ARS	Evaluation à dominante sanitaire	Equipe de coordination du réseau de santé avec validation par le médecin du réseau de santé	Personnes et/ou population dont la prise en charge correspond à la spécificité du réseau de santé	Pas de plan spécifique formalisé dans le texte	ARS par le FIR
CLIC	DGCS	Département	Evaluation médico-sociale	Equipe du CLIC	Personnes âgées de 60 ans et plus	Pas de plan spécifique formalisé utilisation des outils de l'APA quand le CLIC est chargé de réaliser cette évaluation fréquente	Département
PRADO Programme d'accompagnement de retour à domicile des patients hospitalisés	CNAM TS	CPAM	Dossier d'évaluation formalisé	Equipe hospitalière en lien avec le conseiller de l'assurance maladie (CAM)	Patients hospitalisés après une intervention chirurgicale, une décompensation cardiaque, une exacerbation de BPCO ou un accouchement	Réalisation d'un planning de rendez-vous en vue d'assurer le suivi des prises en charges en sortie d'hospitalisation	CNAMTS

	Pilote Etat	Pilote	Outil utilisé et Institution responsable	Evaluateur	Cible	Objectifs	Financement
Aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH)	CNAV	CARSAT	Evaluation médico-sociale	Assistante sociale	Retraités relevant du régime général à titre principal pour lesquels un diagnostic de récupération de l'autonomie a été formulé au cours de l'hospitalisation et ne relevant pas de l'APA	Organisation d'une prise en charge pouvant comporter des heures d'aide à domicile, l'intervention d'un ergothérapeute, le portage de repas à domicile...	
Repérage de la fragilité <sup>35</sup>	CNAV CCMSA RSI		Grille Fragire				

Source : *Mission*

---

<sup>35</sup> Evaluation de la fragilité donne lieu à d'autres grilles

[232] Ce schéma ne comporte que les dispositifs d'évaluation des besoins sanitaires et sociaux pouvant concerner les personnes âgées. Il ne comporte pas, par exemple, l'évaluation globale et individualisée de la demande et des besoins de la personne accompagnée prévu par le cahier des charges national des SAAD visant à élaborer le projet individualisé d'aide et d'accompagnement de la personne.

[233] Ces nombreuses évaluations ne visent pas complètement les mêmes publics, n'utilisent pas les mêmes outils, ont des finalités proches mais pas équivalentes et aboutissent à des prises en charge et des financements différents qui utilisent des dispositifs de coordination différenciés (Cf. infra). En outre, la temporalité n'est pas toujours la même, certaines évaluations se succèdent dans le temps. Les prises en charge hospitalières se situent le plus souvent dans un rythme rapide et les dispositifs mis en place pour accompagner les sorties d'hospitalisation visent à répondre à cette spécificité. L'accompagnement de la vie à domicile des personnes âgées s'inscrit dans une temporalité plus longue, une logique de parcours, qui explique l'importance de répéter dans le temps certaines évaluations. Elle nécessite d'intégrer des dimensions qui vont au-delà des seuls secteurs sanitaire et médico-social et impose de prendre en compte toutes les composantes du secteur social (y compris logement, insalubrité, maltraitance...).

**Recommandation n°6 : Faire converger les dispositifs d'évaluation des besoins sanitaires et sociaux des personnes âgées en tenant compte des différentes temporalités**

[234] Les dispositifs d'appui à la coordination, dont la plupart ont été cités dans le tableau précédent, ont également des objectifs le plus souvent convergents, s'adressent à des publics pour partie identiques, avec des financements et des organisations différents.

[235] Sous l'égide du secrétariat général des ministères sociaux, un travail de description détaillée de ces dispositifs de coordination a été réalisé, dans le cadre du comité opérationnel des parcours du ministère. Il vise à déterminer des leviers de convergence des dispositifs d'appui à la coordination territoriale.

[236] Sur le terrain, la mission a pu constater que malgré la complexité de tous ces dispositifs, les acteurs ont su mettre en œuvre des stratégies pour s'adapter à ces dispositifs superposés en prenant en compte ce qui existe et ce qui fonctionne, de façon à ne pas casser les dynamiques construites pour faciliter la possibilité de vie à domicile pour les personnes âgées qui le souhaitent.

**2.10.4 Le rôle essentiel de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) dans la définition de bonnes pratiques de prise en charge doit être réaffirmé**

[237] L'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) a pour mission de valider ou, en cas de carence, d'élaborer des procédures, des références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, notamment pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile pour les personnes âgées, en vue de l'évaluation interne et externe des activités et de la qualité des prestations délivrées par ces derniers. L'ANESM habilite par ailleurs les organismes extérieurs qui procèdent à l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations des établissements susvisés et en dresse la liste. Les missions de l'ANESM figurent en annexe 3.

[238] Cette agence joue un rôle important dans l'impulsion des démarches qualité dans les SAAD. Les recommandations émanant de l'ANESM concernent pour partie le champ des personnes âgées vivant à domicile et les services concernés comme le montre la liste des recommandations publiées figurant en annexe 4.

[239] Ainsi l'ANESM intervient de façon majeure dans l'amélioration des prises en charge des personnes âgées vivant à domicile.

[240] Un guide « Aide à domicile aux personnes âgées : le guide des bonnes pratiques » a été publié en juillet 2016 avec une version actualisée en novembre 2016. Il a été élaboré par le cabinet de la secrétaire d'Etat chargée des personnes âgées en lien notamment avec les fédérations. Il ne s'agit pas d'un guide émanant de l'ANESM. Il comporte un « référentiel de bonnes pratiques de l'aide à domicile aux personnes âgées ». Ce référentiel liste notamment des « mauvaises pratiques ». Le guide évoque des temps d'intervention minimum pour les interventions auprès de personnes en GIR 1 à 4 : 1heure dans la première version, mention d'un « temps minimum » dans la version suivante. Ce guide précise également sous le titre « *Mauvaises pratiques dans l'aide à domicile* », le passage en mode mandataire des bénéficiaires de l'APA en GIR 3 et 4 qui peuvent être « incités par le conseil départemental à recourir au mode mandataire du fait des tarifs moins onéreux qui s'y rattachent sans être informés au préalable des conséquences du changement du mode d'intervention de leur aide à domicile ». La loi ASV est très claire concernant la nécessité d'un refus des personnes en GIR 1 et 2 qui souhaiteraient avoir recours à un mode prestataire. Ce n'est pas le cas pour les personnes en GIR 3 et 4. Le fait pour une personne âgée d'avoir recours à un service moins onéreux peut lui permettre de bénéficier de davantage d'heures de présence avec le même reste à charge financier.

[241] La mission considère que le guide peut être lu comme une restriction du libre choix prévu par la loi ASV qui a justement laissé la place aux décisions au cas par cas, intégrant la situation des personnes âgées dans leur globalité, notamment avec la mise en place du référentiel d'évaluation multidimensionnelle.

[242] Pour la mission, ce guide amène d'avantage de questions qu'il n'apporte de solutions. Soit on se situe dans le champ des bonnes pratiques professionnelles couvert par l'ANESM, soit il s'agit d'explicitier la loi ASV et le vecteur habituel n'est pas celui-ci. Or ce guide sert en théorie de référence pour l'éligibilité des candidatures au fonds d'appui, alors même que la CNSA a une expérience certaine dans le domaine des bonnes pratiques de gestion (Cf. infra).

**Recommandation n°7 : Supprimer le « guide de bonnes pratiques » qui n'a pas été élaboré par l'ANESM, et supprimer la référence à ce guide dans les textes réglementaires ou circulaires.**

### 3 LE SECTEUR DE L'AIDE A DOMICILE BENEFICIE DE FINANCEMENTS MULTIPLES QUI NE REMPLACENT PAS UNE NECESSAIRE REFORME STRUCTURELLE

[243] Les nouveaux financements mis en place par la loi ASV en vue de permettre aux personnes âgées qui le souhaitent de vivre à leur domicile s'inscrivent dans un contexte où coexistent d'autres sources de financement ayant le même objet.

[244] Par ailleurs, outre la mesure fiscale sur les emplois à domicile, traitée dans la deuxième partie du rapport, une autre mesure fiscale a été introduite en janvier 2017. Celle-ci bénéficie directement aux SAAD à travers la mise en place d'un crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires.

[245] Ces financements, anciens ou nouveaux, s'ajoutent au paysage financier, dans un contexte où les politiques de tarifications des départements sont en pleine évolution.

#### 3.1 Les départements ont des pratiques différentes de prise en charge financière de l'aide à domicile

##### 3.1.1 Les départements ont recours à des terminologies différentes pour désigner la prise en charge financière des SAAD

[246] Les questions de vocabulaire contribuent à complexifier l'appréhension de la politique départementale de prise en charge de l'aide à domicile des bénéficiaires de l'APA. Sont utilisés des termes variables, le même terme ne voulant d'ailleurs pas forcément dire la même chose d'un département à l'autre :

- « tarifs de remboursement »,
- « tarifs de référence »,
- « tarifs » soit pour les seuls services d'aide à domicile autorisés et habilités, soit pour ceux-ci et en même temps ceux qui sont simplement autorisés mais pas habilités (notamment tous les « ex-agrés »),
- « montant de prise en charge », notamment pour les départements souhaitant marquer une distance avec les procédures de tarification, sans que cela n'implique d'ailleurs une prise en charge financière inférieure du bénéficiaire en comparaison d'une procédure de fixation d'un tarif.

[247] Au-delà de ces différences, voire confusions, de vocabulaire, il est important, dans ce domaine de la tarification de prendre en compte la diversité des politiques départementales, d'autant que celles-ci sont en train d'évoluer du fait :

- des contraintes de financement des départements. Elles peuvent expliquer des modifications tarifaires en conformité avec les textes du CASF relatifs à la charge excessive pour le département « *L'habilitation et l'autorisation (...) peuvent être refusées (...) lorsque les coûts de fonctionnement sont susceptibles d'entraîner, pour les budgets des collectivités territoriales, des charges injustifiées ou excessives, compte tenu d'un objectif annuel ou pluriannuel d'évolution des dépenses délibéré par la collectivité concernée en fonction de ses obligations légales, de ses priorités en matière d'action sociale et des orientations des schémas départementaux (...)* » (art 313-8 du CASF). Cette formulation est reprise dans l'article L. 313-9 du CASF consacré au retrait de l'habilitation par le département ;

- de la prise en compte de la concurrence, qui se pose de plus en plus souvent dans un contexte européen ;
- de l'accroissement parfois considérable du nombre des services sous la responsabilité du département à la suite de la réforme juridique des SAAD, avec des services autorisés non habilités peu connus des départements.

### 3.1.2 La tarification des services d'aide à domicile par les départements est un droit mêlé entre le Livre II et III du code de l'action sociale et des familles

[248] L'encadrement juridique de la tarification nécessite de prendre en compte deux livres du CASF, le Livre II qui définit les règles de fixation du montant de l'APA et le livre III qui définit l'encadrement des tarifs des services d'aide à domicile, sur la base du plan d'aide défini pour le bénéficiaire de l'APA dans le livre II. Ce point est détaillé en annexe 9.

[249] L'APA est une allocation relevant du Livre II du CASF. Son montant est fixé après une procédure ainsi définie :

- une évaluation des besoins et des ressources du bénéficiaire en perte d'autonomie par une équipe médico-sociale dépendant du département ;
- une valorisation financière de ce plan d'aide selon des barèmes de perte d'autonomie et des plafonds de ressources, dont le principe est prévu par la loi et les montants sont fixés par décret ;
- une participation financière légale payée par le bénéficiaire calculée de façon progressive en fonction des ressources et de l'importance du niveau de la perte d'autonomie.

[250] Le calcul du montant de l'APA, une fois le plan d'aide élaboré et valorisé, résulte donc d'une base légale.

[251] Le tarif des SAAD relève du Livre III du CASF et doit être distingué de l'APA.

[252] En effet, la fixation des tarifs des SAAD autorisés et habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale est encadrée par des procédures, qui revêtent un caractère légal obligatoire. En revanche, les montants de ces tarifs ne sont pas fixés. C'est le président du conseil départemental qui les fixe par arrêté départemental.

[253] Les articles L.314-7 à L.314-7 du CASF organisent la procédure budgétaire applicable, avec notamment les conditions dans lesquelles le département peut arbitrer ou refuser les propositions faites par le SAAD : « (...) *L'autorité compétente en matière de tarification ne peut modifier que :*

- *1° Les prévisions de charges ou de produits insuffisantes ou qui ne sont pas compatibles avec les dotations de financement fixées dans les conditions prévues, selon le cas, aux articles L. 313-8, et L. 314-3 à L. 314-5 ;*
- *2° Les prévisions de charges qui sont manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec les coûts des établissements et services fournissant des prestations comparables en termes de qualité de prise en charge ou d'accompagnement ;*
- *La décision de modification doit être motivée (...) ».*

[254] Ces procédures ne concernent donc pas le montant lui-même. Ce sont les arrêtés des départements qui définissent le montant des tarifs des SAAD.

[255] Plusieurs des départements consultés par la mission mettent comme condition implicite à cette tarification l'application par le SAAD de ce tarif - défini par l'arrêté départemental - au bénéficiaire de l'APA, sans facturation d'un montant supplémentaire.

[256] Cette situation diffère dans d'autres départements.

[257] Les pratiques de tarification sont diverses et ont pu évoluer notamment du fait de :

- la loi Borloo et la transposition de directives européennes dans le droit français, avec l'introduction de la concurrence,
- les efforts de maîtrise des dépenses des départements,
- les modifications juridiques de la loi ASV qui augmentent le nombre de SAAD placés sous la responsabilité du département.

[258] Dans les pratiques tarifaires observées et décrites ci-après dans ce rapport, la mission considère qu'aucune d'entre elles n'est contraire aux règles juridiques précédemment évoquées.

### 3.1.3 Les tarifs de référence pour le recours à des emplois à domicile ou à des services mandataires sont relativement comparables entre départements

[259] Lors de l'élaboration d'un plan d'aide, le bénéficiaire de l'APA peut faire valoir son libre-choix et choisir de recourir à un emploi direct, à un service mandataire ou à un service prestataire.

[260] La majorité des départements ont un tarif de référence légèrement supérieur au Salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) pour l'emploi direct et généralement autour de deux euros en plus pour un service mandataire. Toutefois, chaque département peut choisir d'adapter ses tarifs en fonction d'éléments correspondant à des prestations spécifiques.

#### Encadré 7 : Exemples de tarifs d'emploi direct et de service mandataire dans deux départements

##### Département 1

12,93 € pour l'emploi direct,

15,54 € pour les services mandataires (rémunération du salarié de 12,93 € et participation aux frais du service mandataire de 2,61 € quel que soit la nature de l'aide),

Tarifs revalorisés pour samedis et dimanches (16,16 € hors frais),

Tarifs moins élevés pour une présence responsable (8,62 € hors frais),

##### Département 2

12,13 € pour l'emploi direct mais dérogations possibles si l'intervenant est diplômée (auxiliaire de vie ou aide-soignante) le tarif est ajusté au réel de la dépense dans la limite d'un plafond (17,76 €)

12,66 € pour les services mandataires

Source : arrêtés de notification transmis à la mission par deux départements

### 3.1.4 Quatre modèles de tarification ont été analysés par la mission dans les départements qu'elle a consultés

#### 3.1.4.1 Premier modèle : une tarification horaire des SAAD autorisés et habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale différente de celle appliquée aux SAAD autorisés mais non habilités

[261] Dans ce premier modèle, les tarifs fixés par les arrêtés départementaux varient selon que le SAAD est habilité ou non à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale :

- pour les services autorisés et habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, les tarifs sont fixés par le département dans le cadre d'une procédure budgétaire. Un budget initial est présenté par le SAAD et ensuite négocié avec le département. Les tarifs des SAAD autorisés et habilités d'un même département sont donc différents en fonction du budget initial présenté par le SAAD et du résultat de la négociation ;
- pour les services autorisés non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, le département fixe un tarif unique qui détermine ce que le département prendra en charge. Ce tarif s'applique à tous ces SAAD et ne relève pas d'une procédure budgétaire.

[262] Pour les SAAD autorisés et habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, les mécanismes de tarification pour établir la dotation financière versée par le département aux SAAD sont définis par les articles R 314-4 à R 314-20 du CASF :

- élaboration par le SAAD des propositions budgétaires et des annexes prévues par l'article R 314-17, qui précisent notamment les hypothèses de prix, l'activité des trois années antérieures (article R314-18) le tableau des effectifs du personnel (R314-19),
- transmission au plus tard le 31 octobre de l'année n-1 au département,
- réponses transmises par le département avec les propositions de modifications motivées dans le cadre d'une procédure contradictoire (article R314-21 à-25),
- autorisation transmise le 1er janvier par le département ou, à défaut, reconduction du budget antérieur en attente d'une nouvelle autorisation.

[263] Les tarifs des SAAD autorisés et habilités sont le plus souvent supérieurs aux tarifs des SAAD autorisés non habilités dans les départements consultés par la mission. L'un des départements consultés met en place un « tunnel de convergence » où tous les tarifs des SAAD sont proches, entre 19 et 21€. Cette pratique du tunnel tarifaire a été décrite par d'autres interlocuteurs de la mission.

#### 3.1.4.1 Deuxième modèle : un prix de référence unique pour tous les services à domicile

[264] Les arguments des départements pratiquant un tarif unique sont de plusieurs ordres :

- un coût administratif de la tarification : selon l'un des départements consultés par la mission, une procédure de tarification mobilise deux personnes à temps plein dans un contexte où les ressources sont rares. Ce département considère que l'efficacité de cette procédure est faible ;
- la question de la concurrence se pose avec de plus en plus d'acuité :



- le thème de la concurrence entre services d'aide à domicile a été accentué par la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale (dite loi Borloo). Il s'est manifesté par le développement de SAAD privés commerciaux intervenant dans le secteur des personnes âgées ;
- l'évolution du droit européen progressivement transcrit en droit français a renforcé cette problématique ;
- l'existence de tarifs différenciés entre les SAAD autorisés et habilités et les SAAD autorisés et non habilités se justifie de moins en moins pour certains départements. Depuis la loi ASV, les obligations en termes de qualité sont désormais les mêmes pour tous les SAAD prestataires.

[265] La question de la concurrence s'est également portée sur des questions fiscales relayées par l'une des fédérations consultées par la mission. Cette fédération a déposé une plainte auprès de la Commission européenne en février 2014. L'un des motifs invoqués par cette fédération est l'impossibilité pour les entreprises d'être exonérées de TVA alors même que les acteurs associatifs bénéficient d'une telle possibilité. La mission n'a pas connaissance de la réponse éventuelle de la Commission européenne à cette question.

**Encadré 8 : Un exemple de position prise par un conseil départemental lors d'une des réunions stratégique du conseil départements**

*« Dans le cadre de ses responsabilités sur l'ensemble de secteur de l'aide à domicile prestataire auprès des personnes âgées, un département met en place, au 1er octobre 2017, un montant de prise en charge départementale unique pour l'ensemble des services à hauteur de 21 €, applicable sur l'aide à la vie courante et le geste au corps.*

*De manière complémentaire et en cas de nécessité, le département laisse la possibilité pour les services autorisés qui le souhaiteraient de facturer un différentiel soutenable à l'usager. Afin de garantir cette soutenabilité le département fixe un plafond maximal à hauteur de 10 % de l'ASPA (allocation de solidarité aux personnes âgées, soit actuellement 80,32 € avant crédit d'impôt et 40,16 € après crédit d'impôt) ».*

**3.1.4.2 Troisième modèle : le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens**

[266] Le CPOM (Cf. 2.3.2.) a notamment pour objectif de favoriser la structuration territoriale de l'offre d'aide à domicile et la mise en œuvre des missions des SAAD au service du public. Il est facultatif pour les SAAD.

[267] Les CPOM sont une possibilité de contractualisation entre départements et SAAD ouverte à tous qui inclut notamment les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre, les paramètres de calcul, de contrôle, de révision et de récupération des financements alloués par le département. Pour la mission, le CPOM peut être analysé comme un autre modèle de tarification.

[268] Les CPOM ont donné lieu, avant leur inscription dans la loi ASV, à une phase d'expérimentation, qui a été prévue par l'arrêté du 30 août 2012. Les conclusions du rapport de l'IGAS d'avril 2015 portant sur l'évaluation des expérimentations relatives à la tarification des SAAD mettent en avant deux innovations tarifaires :

- une dotation annuelle attribuée aux SAAD adossée sur le nombre d'heures. S'ajoutent à ce calcul horaire d'autres considérations comme le niveau de dépendance des personnes aidées, la fragmentation des temps d'intervention, le niveau de qualification des personnels, etc.

- un tarif unique appliqué aux SAAD expérimentateurs dans une logique de convergence tarifaire.

[269] Certains départements ont choisi dans le cadre de cette expérimentation de construire un tarif distinguant :

- un tarif relatif à un panier socle, défini dans un référentiel départemental,
- un tarif complémentaire appelé « tarif service » (couverture géographique, reprise des déficits antérieurs, restructuration du service...).

#### Encadré 9 : Exemple d'un département ayant choisi cette double tarification pour les services prestataires autorisés et habilités à l'aide sociale

- 9 tarifs horaires différents mais proches pour un « tarif usager » payé par le bénéficiaire et qui sert à valoriser les plans d'aide pour la participation des bénéficiaires (21,07 € pour le moins élevé et 22,13 € pour le plus élevé) ;
- 9 tarifs un peu plus élevés, appelé « tarif de financement du département » avec un montant légèrement plus élevé que le tarif usager, la différence étant payée par le département (22,10 € pour le moins élevé et 23,32 € pour le plus élevé). Cette différence est calculée sur 3 critères :
  - la reprise des déficits antérieurs,
  - une aide à la restructuration comprise entre 0,48 € et 0,50 € par heure prestée,
  - le cas échéant, une compensation pour les interventions en milieu rural d'un montant de 0,15 € par heure prestée

[270] Plusieurs des recommandations de la mission IGAS ont été suivies d'effet dans la loi ASV. Les CPOM ont été inscrits dans le droit commun, de façon obligatoire pour les EHPAD et facultative pour les SAAD. De même, la liste des éléments constituant un CPOM est aujourd'hui inscrite dans la loi.

[271] Le CPOM peut constituer un outil d'innovation tarifaire avec un objectif du CPOM cadre de « passer d'une logique horaire à une logique de mission ».

#### Encadré 10 : Exemple d'un CPOM entre une association et un département pour les années 2016-2017-2018 (extraits)

Article 1 : les objectifs généraux du CPOM 2016-2016-2018

(...) L'évaluation du CPOM 2012-2015 et le partenariat privilégié entre le SAAD et les signataires du CPOM permettent aujourd'hui de faire évoluer les objectifs de ce nouveau CPOM :

- la nécessité de passer d'une logique « horaire » à une logique de « mission » (...) avec application à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 après expérimentation,
- la détermination d'une participation financière mensuelle et forfaitaire versée aux SAAD par le bénéficiaire de l'APA,
- la reconnaissance renforcée des métiers du domicile et la mise en place d'un plan de communication partagé sur les métiers de l'aide à domicile,
- la prise en compte d'un « rebasage » des coûts des interventions,
- le renforcement du pilotage partagé du dispositif,
- le développement des SPASAD.

L'article 2 reprend les engagements du SAAD signataire de ce CPOM et détaille la logique de mission d'intervention déclinés en 9 objectifs avec des tableaux qui définissent des indicateurs pour mesurer l'atteinte des objectifs.

Article 4 : les modalités financières : une dotation globale

(...) Pendant la durée du CPOM, en contrepartie de missions d'interventions réalisées par le SAAD, le département s'engage à garantir au SAAD une vision budgétaire pluriannuelle portant une sécurité des financements alloués sur la durée du CPOM 2016-2017-2018.

A ce titre l'APA est attribuée directement au SAAD par le département sous forme d'une dotation annuelle négociée, s'inscrivant dans une enveloppe « fermée » calculée en fonction d'une activité prévisionnelle.(...)

Dotation départementale 2016 : 10 M€ pour 535 000 h

Dotation départementale 2017 : 10,2 M€ pour 539 000 h

Dotation départementale 2018 : 10,4 M€ pour 545 000 h »

### 3.1.4.3 Quatrième modèle : l'application du droit de l'Union européenne avec un contrat de mandatement des SAAD pour exercer un service d'intérêt économique général (SIEG)

[272] L'enjeu de la concurrence est devenu une préoccupation forte, régulièrement soulevée par certaines fédérations de services devant la Commission européenne. Il est traditionnellement posé en termes de concurrence par les prix entre des SAAD qui bénéficient de prises en charges différentes par le département (Cf. premier modèle).

[273] L'un des départements consultés par la mission a mis en place une procédure de prise en charge financière qui se conforme au droit européen de la concurrence tout en reconnaissant des obligations de service public (Cf. annexe 10 présentant des extraits du guide relatif à la gestion des services d'intérêt économique général). Cette démarche, qui induit un traitement comparable des services agréés et autorisés, a débuté avant le vote de la loi ASV et la transformation juridique des services agréés en services autorisés. Un autre département a engagé une démarche qui s'en rapproche et plusieurs départements l'envisagent.

[274] L'annexe 11 décrit la procédure dans le département qui l'a mise en œuvre.

[275] Cette façon de prendre pour base des prestations dans la négociation a permis d'atteindre un « tunnel tarifaire » (rapprochement des tarifs des différents services), objectif poursuivi par plusieurs départements.

[276] La différence avec les autres modèles est liée aux modalités de prise en charge des coûts. Le département octroie à chaque service retenu une compensation visant à couvrir les coûts de mise en œuvre du mandatement et des obligations de service public qui en découlent. Conformément à la réglementation communautaire, « *cette compensation n'excède pas ce qui est strictement nécessaire à l'accomplissement de la mission d'intérêt général confiée aux services dans le respect des coûts d'une entreprise moyenne et bien gérée* ». Cette conception conduit à une prise en charge financière assise sur deux socles :

- un socle dépendant du coût du service, avec notamment :
  - la structuration de l'offre sur le territoire avec la prise en charge de tout usager sans discrimination,
  - la couverture du territoire sans zone blanche ; 365 j/an de 7h à 21h,
  - la prise en charge de personnes en forte perte d'autonomie,
- des compléments de service public reposant sur la notion de juste compensation et donc pris en charge par le département et compensé à l'euro près sur justificatif :
  - interventions soir, week-end et jours fériés,

- frais kilométriques au-delà de 5 km (avec des éléments de contrôle du département).

[277] Ces exemples ne constituent pas un bilan global des modalités de contractualisation des départements avec les SAAD. Ils montrent que cette contractualisation peut être mise en œuvre de diverses façons.

[278] En outre, comme souligné dans la partie 2.3.4, la démarche de contractualisation et le contenu des engagements réciproques importent davantage que la nature du support choisi.

**Recommandation n°8 : Maintenir le caractère facultatif des CPOM et la possibilité d'utiliser d'autres supports contractuels.**

### 3.1.5 Plusieurs types de « tickets modérateurs » peuvent s'ajouter aux tarifs fixés par le département

[279] La notion de « ticket modérateur » n'est pas juridiquement définie :

- elle n'est pas citée par le livre III du CASF dans le cadre des prestations fournies par les SAAD pour réaliser le plan d'aide.
- seule est prévue une « *participation financière* » du bénéficiaire de l'APA définie, dans le livre II du CASF, en fonction de ses ressources (Cf. partie 2). Juridiquement, la participation financière, légale et prévue par le Livre II n'est pas assimilable à un « ticket modérateur » même si ces termes sont souvent utilisés à tort pour la qualifier.

[280] La mission définit dans la suite de ce rapport le « ticket modérateur » comme tout supplément financier payé par le département ou le bénéficiaire en plus du tarif fixé par le département. Il n'y a pas de ticket modérateur lorsque les SAAD appliquent les tarifs fixés par le département.

[281] Au regard des pratiques constatées par la mission dans les départements qu'elle a consultés, plusieurs modalités peuvent être distinguées quand il existe un ticket modérateur :

- le ticket modérateur est fixé par le SAAD :
  - pour les SAAD autorisés non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, le ticket modérateur est facturé au bénéficiaire. Il s'inscrit alors dans le cadre de la liberté tarifaire prévue par l'article L. 347-1 du CASF ;
  - pour les SAAD autorisés et habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, la mission a identifié deux situations :
    - un ticket modérateur est payé par le bénéficiaire au SAAD. La mission n'a pas trouvé d'éléments permettant de considérer cette pratique comme illégale (Cf. annexe n°9) ;
    - un ticket modérateur est payé par le département au SAAD. Il s'agit d'une aide extralégale du département en direction des bénéficiaires de l'APA recourant à ces SAAD ce qui augmente l'attractivité de ces services.
- le ticket modérateur est fixé par le département.

[282] La mission considère que la question essentielle du « ticket modérateur » ne peut s'envisager indépendamment d'une réforme d'ensemble du financement du secteur de l'aide à domicile préconisée ultérieurement dans ce rapport.

## 3.2 D'autres flux financiers existent, anciens ou plus récents, mais n'ont pas permis de remédier à la crise économique structurelle du secteur de l'aide à domicile

### 3.2.1 La CNSA finance, sur les crédits de la section IV de son budget, le secteur de l'aide à domicile à travers des conventions

[283] Les crédits de la section IV de la CNSA sont préexistants à la loi ASV. Ils sont consacrés à la promotion d'actions innovantes, à la formation des aidants et accueillants familiaux et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées.

[284] Trois réseaux sont principalement mobilisés pour signer des conventions, avec trois logiques différentes qui peuvent se recouper :

- une logique « secteur », celle des réseaux de fédérations de l'aide à domicile ;
- une logique « métier » de l'aide à domicile et de professionnalisation de la filière, celle des organismes paritaires collecteurs agréés de la formation professionnelle ;
- une logique d'organisation, celle des départements.

#### 3.2.1.1 Les conventions avec les fédérations nationales de services d'aide à domicile

[285] Les principales fédérations nationales d'associations ou d'entreprises de services d'aide à domicile bénéficient du soutien de la CNSA pour le financement de programmes de modernisation des structures de leurs réseaux (Cf. annexe 5 pour la liste des conventions en cours).

[286] Il s'agit de plans d'action visant la professionnalisation de la gestion des ressources humaines, la modernisation des outils de gestion et des systèmes d'information, l'amélioration de la qualité de l'accompagnement (démarches qualité, certification).

[287] Les actions prévues dans le cadre de ces conventions bénéficient d'un co-financement de la CNSA et de la fédération concernée, à parts équivalentes.

#### 3.2.1.2 Les conventions avec des intervenants du secteur de la formation

[288] S'agissant de l'aide à domicile, contrairement aux formations médico-sociales qui sont souvent diplômantes, l'essentiel des formations sont des formations de professionnalisation ou des formations « thématiques » non diplômantes. Elles permettent aux participants d'adapter leurs pratiques professionnelles aux évolutions du secteur (par exemple : la fin de vie, la bientraitance, la maladie d'Alzheimer, etc.).

[289] La CNSA a conclu, pour les années en cours et à venir, deux accords cadre avec des intervenants de ce secteur de la formation :

- accord-cadre pluriannuel CNSA-Uniformation (OPCA des services d'aide à domicile à caractère associatif) relatif aux actions de formation, de qualification et de professionnalisation des personnels des associations intervenant dans le domaine de l'aide à domicile et du soin à domicile auprès des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées pour les années 2015 à 2017, représentant un montant de 75 M€ pour les années 2015, 2016 et 2017 ;
- accord-cadre pluriannuel CNSA-AGEFOS-PME portant sur les actions relatives à l'acquisition et au développement des compétences des salariés en matière d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie, d'un montant de 12,2 M€ sur les années 2015, 2016 et 2017.

[290] En 2015, la convention a été renouvelée avec chacun d'entre eux pour trois nouvelles années de cofinancement.

[291] L'accord-cadre avec Uniformation, signé en 2009 et renouvelé en 2012, a permis la formation de 111 000 stagiaires.

### 3.2.1.3 Les conventions avec les départements

[292] Les conventions signées par la CNSA avec les départements sont, pour certaines, également financées par la section IV du budget de la CNSA.

[293] Elles se fondent sur une analyse des besoins des personnes âgées et des personnes handicapées par le conseil départemental, qui propose ensuite un plan d'action. Les projets mis en œuvre dans un plan d'action sont cofinancés par la CNSA comme pour les conventions avec les fédérations. Ils concernent notamment divers champs de l'aide à domicile pour les personnes âgées : structuration des services, développement de l'offre, modernisation de la gestion, promotion et valorisation des métiers, professionnalisation, ou encore accompagnement des aidants familiaux. De 2007 à 2016, 80 départements ont bénéficié d'un soutien de la CNSA.

[294] La CNSA a fait réaliser une évaluation externe qui a porté sur les conventions départementales signées avant mars 2012. L'encadré ci-dessous en présente des extraits.

#### Encadré 11 : Extraits de l'évaluation des conventions de modernisation avec les départements de 2010 à 2012

##### La pérennité

« De manière générale, si les départements rencontrés sont conscients du caractère non pérenne des financements, ils ne se mobilisent pas de manière systématique dans une réflexion sur les modalités de pérennisation ou d'absorption de coûts récurrents dès le lancement du programme, d'autant plus que l'importance des enjeux financiers a progressé sur la dernière période. Nombreux sont ceux qui comptent sur le reconventionnement pour poursuivre les actions même lorsqu'ils affirment leur caractère expérimental (...). Deux champs sont particulièrement sensibles, et l'insuffisante communication sur les perspectives de pérennisation peut être fortement déstabilisante :

- la solvabilisation des offres nouvelles,
- la prise en compte dans la politique tarifaire de la progression pérenne du coût horaire en tant que résultat de certaines actions ».

Des moyens financiers jugés suffisants mais une difficulté sur les co-financements

« Le périmètre des programmes évalués représente près de 200 millions d'euros. Sur les 85 programmes concernés, le montant moyen par programme s'élève à 2 200 000 euros avec une médiane à 1 600 000 euros. Pendant toute la durée de l'évaluation, aucun département n'a mentionné une éventuelle insuffisance des budgets alloués à la section IV ».

« En revanche, le taux de participation de la CNSA dans les projets des départements a évolué afin de tendre vers une convergence autour de 50 %. En corollaire, le taux moyen de participation des départements augmente légèrement avec une moyenne de 40 % sur l'ensemble de la période. La mobilisation de cofinancements n'est pas généralisée, les départements n'identifiant pas toujours des sources de cofinancement possibles. Le volume des programmes dépend en majeure partie de la capacité contributive des départements, en l'absence de corrélation entre les indicateurs relatifs aux besoins et les moyens affectés. Si le volontarisme de la politique départementale est valorisé par ce mécanisme, ce qui constitue un élément positif, cette approche interroge l'équité de traitement entre les départements. »

La coïncidence entre calendrier budgétaire et calendrier de mise en œuvre

« On constate par ailleurs des pratiques d'estimation des dépenses prévisionnelles hétérogènes et des variations fortes en termes de coût unitaire. La majorité des départements surestime les budgets nécessaires compte tenu notamment de l'estimation insuffisante de la faisabilité du calendrier proposé. »

La gouvernance des programmes départementaux mis en place par les conventions : un facteur clé de réussite

« Le pilotage assuré au niveau local par les départements constitue une des principales conditions de réussite identifiées lors de la présente évaluation. En effet, (...) deux principes de la gestion de projet doivent être respectés pour que le programme puisse se dérouler au mieux :

- un pilotage d'ensemble nécessaire à l'échelle de la direction Solidarité ou Autonomie. Ce pilotage peut être dédié au programme ou bien s'intégrer dans les modes de fonctionnement habituels des directions.
- un référent technique, dédié ou non, mais présentant des capacités de gestion de projet. (...) »

Source : [http://www.cnsa.fr/documentation/synthese\\_evaluation\\_conventions\\_de\\_modernisation\\_avec\\_les\\_dep\\_arterments\\_2010-2012.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/synthese_evaluation_conventions_de_modernisation_avec_les_dep_arterments_2010-2012.pdf)

[295] Ces constats vont dans le même sens que ceux réalisés par la mission.

[296] Une nouvelle génération de conventions pluriannuelles s'applique à la période 2017-2019. Le périmètre a été élargi, intégrant, outre les personnes âgées et l'APA, les maisons départementales pour les personnes handicapées (MDPH) ainsi que la prestation compensatrice pour le handicap.

[297] Une convention type a été élaborée reprenant des évolutions prévues par la loi ASV. Pour le secteur de la perte d'autonomie des personnes âgées, deux orientations peuvent être retenues, reprenant des priorités de la loi ASV :

- « promouvoir la qualité, l'efficience et l'équité de traitement (...) »
- « développer la prévention et l'aide aux aidants et améliorer la qualité des services de soutien ».



### 3.2.2 Des fonds exceptionnels ont été versés au secteur de l'aide à domicile de 2012 à 2017, dans un contexte d'urgence

[298] Deux fonds ayant pour objet le financement de l'aide à domicile<sup>36</sup>, avec des modalités distinctes, ont été successivement mis en place, l'un comme l'autre « à titre exceptionnel » :

- le fonds de restructuration de 2012 à 2015,
- le fonds d'appui, financé et mis en œuvre en 2017.

[299] Ces fonds sont reversés par la CNSA. Il s'agit de fonds « à titre exceptionnel » qui n'entrent pas dans les procédures budgétaires traditionnelles de la caisse.

#### 3.2.2.1 Le fonds de restructuration

[300] Le fonds de structuration a été créé en décembre 2011 puis prolongé jusqu'en 2015 alors qu'il avait un caractère exceptionnel. Doté de 155 M€ sur cinq ans, les lois de finances et de financement de la sécurité sociale l'ont financé (Cf. annexe 6 pour la présentation détaillée du fonds de restructuration).

[301] Le pilotage et le suivi de ce fonds sont assurés par la DGCS et sa gestion est assurée en première ligne par les ARS (Cf. annexe 7 pour un exemple de procédure).

[302] Les critères étaient les suivants pour le premier fonds mis en place en 2012 et ont été ensuite reconduits :

- intervention auprès de publics fragiles représentant au moins 70 % des heures réalisées par le service,
- résultat et/ou fonds propres négatifs en 2009 ou 2010,
- à titre exceptionnel, les services dont les résultats sont positifs en 2009 et 2010 mais qui ont connu en 2011 une brutale dégradation de leur situation financière sont éligibles au fonds,
- ce dossier doit être complété par l'envoi par le SAAD d'un plan de retour à l'équilibre.

[303] Au total, 105 M€ ont été attribués entre 2012 et 2016. Le nombre de services ayant perçu au moins une aide au cours des 4 dernières années est de 2040, dont 451 en 2016<sup>37</sup>.

[304] L'analyse du statut des services aidés montre que les SAAD de statut associatif ont été majoritaires au sein de ceux ayant perçu des aides : 80,2 % en 2014 et 74 % en 2016.

[305] La DGCS a procédé à une analyse du contenu des conventions de retour à l'équilibre signées entre 2012 et 2014 :

- la réduction des frais de structure, l'optimisation du temps de travail et la mise en place de moyens de télégestion sont les actions les plus fréquemment soutenues par le fonds de restructuration (actions respectivement citées dans 60 %, 40 % et 30 % des conventions) ;

---

<sup>36</sup> Les fonds concernent l'aide à domicile pour les personnes âgées mais également d'autres bénéficiaires en particulier les personnes handicapées.

<sup>37</sup> Données transmises par la DGCS à la mission, mail du 8 septembre 2017

- trois autres actions sont citées : diversification de l'activité, réduction de la masse salariale du personnel d'intervention et augmentation du taux de qualification des intervenants en regard du public accompagné (actions citées dans 20 % des conventions).

[306] La mission constate que ces actions sont proches de celles soutenues dans les conventions passées avec les fédérations et les départements au titre des crédits de la section IV de la CNSA. Ce sujet rejoint celui évoqué dans le cadre de la partie consacrée au fonds d'appui (Cf. partie 3222)

[307] Par ailleurs, la DGCS a analysé le taux de sélectivité à l'admission à l'aide exceptionnelle, qui a été renforcé entre 2014 et 2016 :

- En 2014 :
  - 71 %, soit 460 services aidés/645 services éligibles,
  - 58 %, soit 460 services aidés /795 services demandeurs,
- En 2016 :
  - 62 %, soit 451 services aidés/728 services éligibles,
  - 52 %, soit 451 services aidés /871 services demandeurs. »

[308] Malgré cette sélectivité accrue, ce fonds de restructuration a souvent été qualifié, par des interlocuteurs nationaux et départementaux, de fonds « d'urgence ». La récurrence de ce fonds, dont certains services à domicile ont bénéficié plusieurs années de suite, est régulièrement mise en avant. Ce constat rejoint d'ailleurs celui de services à domicile confrontés à des déficits successifs, repris parfois par le conseil départemental ou compensés par des centres communaux ou intercommunaux.

[309] Lors de la mise en place du fonds de restructuration en 2012, sa répartition entre les SAAD a été confiée aux ARS, qui n'a pas d'autre compétence dans le secteur de l'aide à domicile.

[310] Dans l'une des ARS consultée par la mission, la mise en place du fonds a nécessité d'importants redéploiements de personnels. Pour autant, cette ARS a souligné deux apports engendrés par cette gestion du fonds :

- un accroissement de compétence, sur les modalités de gestion et les améliorations possibles dans le secteur du domicile ;
- une connaissance plus fine de l'offre territoriale d'aide à domicile, ce qui est un moyen de contribuer à une meilleure articulation entre l'offre sociale et médico-sociale (SSIAD notamment).

[311] Le projet de SPASAD, mis en place par la loi ASV, rejoint ce souci d'un rapprochement entre les services d'aide à domicile et de soins (Cf. partie 4).

### 3.2.2.2 Le fonds d'appui

[312] Un « fonds d'appui à la définition de la stratégie territoriale dans le champ de l'aide à domicile, de soutien aux bonnes pratiques et d'aide à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile » a été mis en place en janvier 2017. Ce fonds, voté à titre dérogatoire, a été doté de 50 M€ par la loi de financement de la sécurité sociale de 2017. (Cf. annexe 8 Présentation du fonds d'appui). Ce fonds a été réparti entre :

- une dotation de 44 M€ pour les départements qui ont signé des conventions avec la CNSA avant le 31 juillet 2017 ;

- une dotation de 6 M€ pour appuyer l'aide à la restructuration des services d'aide à domicile exerçant leur activité dans départements qui n'ont pas conclu de convention avec la CNSA en vue d'appuyer l'aide à la restructuration des services d'aide à domicile en difficulté.

[313] Le fonds d'appui a trois objectifs définis par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, qui doivent être déclinés dans une convention signée entre le conseil départemental et la CNSA :

- l'appui à la définition d'une stratégie territoriale (contribution aux frais d'ingénierie),
- le soutien aux bonnes pratiques de services d'aide à domicile (référence au guide des bonnes pratiques),
- l'aide à la restructuration des services à domicile en difficulté financière.

[314] Les critères d'attribution du fonds d'appui aux SAAD reprennent pour l'essentiel ceux déjà mis en avant par les fonds de restructuration, notamment :

- des prestations auprès des publics fragiles, notamment les bénéficiaires de l'APA,
- un résultat et/ou des fonds propres du service négatifs en 2015 ou 2016.

[315] La CNSA a indiqué à la mission que 70 % des financements avaient été consacrés à des enjeux de structuration de secteur de l'aide à domicile et que 30 % de ces financements avaient été mobilisés en réponse à des difficultés financières des SAAD, dans un contexte d'urgence. Les effets du fonds d'appui ne peuvent être évalués à ce stade, la remontée d'information étant prévue pour septembre 2018.

[316] Le calendrier annoncé par la CNSA a été revu par un arrêté rectificatif du 17 mars 2017 afin de desserrer les échéances initiales, en prévoyant une signature des conventions CNSA-départements en juillet 2017 et une remontée des informations en septembre 2018.

[317] A la suite de cet appel à projet, 67 départements ont candidaté et la CNSA a retenu 50 départements, certains départements ayant décidé de retirer leur candidature à la suite de négociations et d'échanges portant sur les engagements respectifs de la CNSA et du département.

[318] Plusieurs limites ont été soulignées par certains des départements rencontrés par la mission ou certaines des fédérations de services :

- le premier élément, même s'il a évolué avec un calendrier desserré par la CNSA par rapport à ce qui était prévu, est la rapidité de mise en œuvre du fonds, alors même que la mise en œuvre de la loi ASV était en cours ;
- s'y ajoute, pour certains départements, une « *logique inversée* » dans la mesure où le département doit conventionner avec la CNSA alors même que le contenu des CPOM n'est pas encore fixé ;
- l'absence de pérennité affichée du fonds d'appui a été quasi-systématiquement évoquée ;
- le ciblage des financements du fonds d'appui sur les services ayant un résultat et/ou des fonds propres négatifs. Ce ciblage pourrait avoir pour conséquence le maintien de certains services dans des conditions financières où la rentabilité à terme n'est pas assurée ;

- les financements accordés à chaque département ont finalement été nettement moins élevés que prévus du fait du succès non anticipé de ce fonds. De ce fait, certains départements ont pu se retirer de la démarche, cette réduction modifiant, pour certains départements consultés par la mission, l'esprit même des démarches engagées. Si ces éléments font apparaître une philosophie comparable entre le fonds d'appui et le précédent fonds de restructuration, il est trop tôt pour effectuer un bilan pour ce dernier mis en place en 2017.

[319] Malgré les efforts déployés pour gérer au mieux ce dispositif, la mission considère que ce fonds conserve un caractère de fonds d'urgence qui ne permet pas une restructuration structurelle du secteur de l'aide à domicile qui demeure en difficulté. En conséquence, la mission propose de ne pas renouveler de fonds de ce type.

[320] En pratique, il existe une porosité entre les crédits mobilisés au titre de la section IV du budget de la CNSA pour des conventions CNSA-départements (Cf. 321) et les crédits mobilisés pour le fonds d'appui. Les objectifs fixés aux SAAD portent, dans les deux cas, sur une amélioration de la structuration de l'offre, sur une modernisation des services, la professionnalisation des intervenants etc. Les financements, dans les deux cas, se situent dans un cadre institutionnel organisé autour d'une discussion entre CNSA, département et SAAD. Ces constats fondent la proposition de fusion des deux financements.

**Recommandation n°9 : Supprimer tout fonds exceptionnel mais réintégrer 25 M€ dans la dotation CNSA au titre de la section IV dans les conventions CNSA-Départements portant sur l'aide à domicile.**

### 3.2.3 Les effets sur le secteur de l'aide à domicile de l'aide fiscale au titre de la taxe sur les salaires n'ont pas été anticipés

[321] Un débat est apparu lors de la mise en place en 2012 du crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) pour les entreprises. En effet, les associations positionnées dans des domaines comme la garde d'enfants, les maisons de retraite, les services à la personne, peuvent être en concurrence directe avec des entreprises privées et ne peuvent bénéficier du CICE, dont l'assiette est l'impôt sur les sociétés. Plusieurs acteurs intervenant dans le secteur non lucratif, ainsi que des parlementaires, sont intervenus pour souligner ce qui représentait pour eux une distorsion de concurrence.

[322] Ce débat a conduit à une première mesure applicable à compter du 1er janvier 2014. L'article 67 de la loi de finances pour 2013 prévoit de relever le plafond fixé à l'exonération de la taxe sur les salaires dans le secteur associatif à 20 000 € (il était de 6000 € avant). Ce montant a été réévalué chaque année sur la base des taux de revalorisation applicables à la première tranche du barème de l'impôt sur le revenu (20 283 € au 1er janvier 2017).

[323] A cette exonération, toujours appliquée, s'est ajouté un crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS adopté à l'Assemblée Nationale le 20 décembre 2016 dans le cadre de la loi de finances 2017).

[324] L'article 88 de la loi de finances pour 2017 prévoit ainsi que « *les employeurs redevables de la taxe sur les salaires mentionnés à l'article 1679 A peuvent bénéficier d'un crédit d'impôt assis sur les rémunérations qu'ils versent à leurs salariés au cours de l'année civile. Sont prises en compte les rémunérations comprises dans l'assiette de la taxe sur les salaires et n'excédant pas deux fois et demie le salaire minimum de croissance (...)* » Un cas-type montre les avantages financiers qui peuvent résulter de ce mécanisme – qu'il s'agisse d'exonération ou de crédit d'impôt :

- association unique ayant 800 salariés : une exonération/crédit d'impôt plafonnée à environ 20 000 € ;
- association après modification de son statut avec la création de 10 associations de 80 salariés chacune : une exonération/crédit d'impôt plafonnée à environ 200 000 € (10 \* 20 000 €).

[325] Ce calcul a conduit certaines associations ayant de nombreux salariés à se démultiplier en de multiples associations appartenant au même réseau. Cette modification est contraire à l'objectif de fusion des structures associatives de l'aide à domicile, poursuivi notamment par les fonds de restructuration. Elle conduit à une multiplication des conseils d'administration. Une majorité des membres exerce leurs fonctions à titre bénévole. Par ailleurs, une structure de mutualisation des fonctions supports est généralement mise en place, permettant de maintenir une cohérence de la gestion, dont les coûts sont diminués.

[326] L'effet économique de l'aide fiscale conduit ainsi à une augmentation des dépenses de l'Etat mais resterait neutre, voire positive pour le secteur de l'aide à domicile.

### 3.3 Le financement du secteur de l'aide à domicile à partir des tarifs des départements et des autres ressources doit évoluer à partir d'objectifs politiques et non techniques

[327] Le rapport du sénateur Georges Labazée de mars 2016 a traité cette question de la tarification en récapitulant les principaux rapports récents ayant engagé une réflexion sur ce sujet. L'ensemble de ces rapports constatent des difficultés financières du secteur d'aide à domicile ainsi que les difficultés de recrutement et proposent diverses pistes d'évolutions liées à la tarification :

Tableau 12 : Les propositions récentes d'évolution des principes de tarification des SAAD

<b>Rapport IGAS-IGF de 2010</b>	Financement défini en fonctions d'obligations de service public sur la base d'une contractualisation entre services et départements
<b>Rapport de Mme POLETTI 2012</b>	Panier type de prestations et financements complémentaires visant à compenser les surcoûts liés à des missions particulières
<b>Modèle ADF</b>	Financement par forfait global et forfaitisation de la participation des usagers sur la base de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
<b>Rapport IGAS 2015</b>	Inscription dans le droit commun des CPOM avec une liste nationale des contenus obligatoire ; des critères départementaux d'éligibilité, un socle de règles nationales pour la gestion du forfait afin de garantir les droits des usagers

Source : rapport Labazée et mission

[328] Comme le montre la liste de ces rapports, de nombreuses pistes ont déjà évoquées et leurs avantages et inconvénients détaillés. Les aspects techniques ont déjà été beaucoup approfondis.

[329] Par ailleurs, le rapport du sénateur Georges Labazée établit également un récapitulatif des différentes positions des fédérations sur le sujet :

- *« un tarif unique de valorisation de l'APA supérieur ou égal au tarif défini par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (FEHAP) ;*
- *une réflexion sur une convergence du financement basée sur la garantie d'un reste à charge identique quel que soit le service auquel fait appel le bénéficiaire (FEHAP) ;*
- *la mise en place d'un tarif socle (pour les bénéficiaires) et d'un référentiel national pour les financements complémentaires en fonction d'un certain nombre d'objectifs (UNA et ADMR) ;*
- *la généralisation de la liberté de fixation des prix et la détermination d'un tarif unique de référence (SYNERPA) ;*
- *la fixation d'un tarif socle de l'APA au niveau national, sur le modèle de ce qui existe pour la prestation de compensation du handicap (Croix Rouge) ;*
- *un taux national d'APA corrélé avec la mise en place d'une gestion et d'un paiement national de l'APA et de la PCH (FEDESAP, FESP), le financement des services pour les activités entraînant un surcoût supplémentaire par le biais de CPOM et la suppression de l'encadrement des taux d'évolution des prix ;*
- *la sortie du système de tarification horaire (FNAQPA).*

[330] Outre l'hétérogénéité des situations des départements (démographique, territoriale, économique, sociale etc.), la mission a observé des éléments indispensables à prendre en compte pour une réforme structurelle de l'aide à domicile et notamment :

- la multiplicité des sources de financement,
- la diversité des modèles tarifaires,
- l'évolution de la structuration de l'offre d'aide à domicile liée à la réforme juridique des SAAD.

[331] La loi ASV ne peut à elle seule apporter une réponse satisfaisante aux difficultés économiques rencontrées par le secteur de l'aide à domicile. La solvabilisation renforcée des bénéficiaires de l'APA et l'augmentation du montant des plafonds des plans d'aide pour les bénéficiaires les plus dépendants n'a pas induit une amélioration de la situation financière des SAAD.

[332] Les fédérations et la majorité des SAAD rencontrés dans les départements ont soulignés plusieurs facteurs explicatifs :

- un coût de fonctionnement qui n'est pas couvert par les tarifs fixés par les départements,
- des difficultés de recrutement qui empêchent de répondre à la demande,
- la sous-consommation des heures prévues par le plan d'aide des personnes âgées,
- le paradoxe entre la volonté d'accroître les compétences des personnels des SAAD et l'impossibilité d'augmenter leur rémunération en conséquence.

[333] La mission partage en partie cette analyse mais reste prudente sur la couverture des coûts de fonctionnement des SAAD par les tarifs sur laquelle elle ne dispose pas d'éléments suffisants.

[334] L'étude ENEIS<sup>38</sup> permet d'identifier un coût moyen en 2014 de 24,04 € pour 50 % des SAAD de l'échantillon retenu (46 SAAD). La décomposition du coût horaire, homogène entre SAAD, montre que le plus gros poste est celui des dépenses de personnel (85 % du coût horaire). Les limites méthodologiques de cette étude<sup>39</sup> rendent difficile son utilisation comme outil opérationnel.

[335] Les travaux de l'IGF sur la tarification des SAAD concluent que « l'intrication des nombreux déterminants des coûts et le fait qu'ils se neutralisent pour partie entre eux n'a pas permis à cette étude de dégager des normes valables pour les différents acteurs du secteur. (...) Elle a ainsi déçu les attentes des commanditaires sur la volonté partagée (...) de faire la vérité sur les coûts afin de déterminer un « juste tarif ». En outre, pour la mission, la question de la structuration de l'offre des SAAD sur le territoire est essentielle et conditionne la réflexion sur les coûts.

[336] Au regard de tous ces éléments, sur les études économiques, sur les positions des acteurs, sur le nombre de rapports, la mission considère que les questions de tarification ne peuvent être abordées de façon technique et univoque. Une homogénéisation des procédures de tarification, voire des montants, entre départements n'est pas un objectif en soi. Si les pratiques de tarification des départements sont très différentes, elles se heurtent toutes aux mêmes difficultés de fond.

[337] Les travaux sur la tarification des SAAD ne peuvent s'exonérer d'une réflexion en amont sur les principes qui apparaissent incontournables dans la réflexion de l'État et des départements.

[338] Pour la mission, ils recouvrent :

- Le respect du libre choix des personnes âgées ;
- une qualité de prestation que les personnes âgées sont en droit d'attendre ;
- un reste à charge soutenable pour les bénéficiaires ;
- un financement cohérent avec l'organisation de l'offre nécessaire, qui préserve l'existence de SAAD qui répondent, avec efficacité, aux besoins des personnes âgées ;
- un respect de la concurrence.

[339] Ces questions supposent de déterminer les différents scénarios qui reflèteront les coûts selon les différents points de vue (personnes âgées, aidants, SAAD, départements, ARS, ADF, fédérations, Etat, etc.).

**Recommandation n°10 : Dans le cadre d'une instance réunissant les acteurs concernés, déterminer les principes préalables à la réforme du financement des SAAD et proposer les mesures de financement y répondant.**

---

<sup>38</sup> Eneis Conseil, E.Y Etude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leur coûts, version définitive, mai 2016

<sup>39</sup> « Le cadre de l'étude n'a pas permis de disposer d'éléments sur la comparaison des frais de déplacement entre SAAD, la corrélation entre coût horaire et ancienneté du personnel (...) le coût horaire par type de prestation (ex : entretien du logement versus toilette) et le profil de bénéficiaire (par exemple en fonction du GIR) ».



## 4 L'EXPERIMENTATION SUR LES SERVICES POLYVALENTS D'AIDE ET DE SOINS A DOMICILE (SPASAD) DOIT ETRE MENEES A SON TERME

[340] La loi ASV offre la possibilité d'expérimenter un modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile avec l'accord conjoint du président du conseil départemental et du directeur général de l'ARS pour une durée n'excédant pas deux ans.

[341] Ces expérimentations concernent :

- les services polyvalents d'aide et de soins à domicile. Il s'agit de services qui assurent les missions dévolues à un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les missions dévolues à un SAAD ;
- les SSIAD et les SAAD dans le cadre d'un groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) ou d'une convention de coopération ;
- un service de soins infirmiers à domicile ou un service d'aide et d'accompagnement à domicile et un SPASAD qui décident d'exercer leurs missions en commun, que ce soit dans le cadre d'une autorisation commune, d'un GCSMS ou d'une convention.

[342] Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard, le 31 décembre 2017, un rapport d'évaluation portant notamment sur l'amélioration de la qualité d'accompagnement des bénéficiaires et les éventuelles économies d'échelle réalisables au regard de la mutualisation des moyens. Un comité de pilotage national et des comités de pilotage régionaux doivent assurer le suivi de l'expérimentation. Dans ce contexte, la mission apporte un premier éclairage quant à la mise en œuvre de cette expérimentation.

### 4.1 Les SPASAD intégrés entrant dans l'expérimentation coexistent avec d'autres SPASAD préexistants

[343] La coordination était déjà l'objectif principal qui avait présidé à la création des premiers SPASAD en 2004. L'intérêt de ces SPASAD était de favoriser la mutualisation des interventions visant à élaborer le projet individuel d'aide, d'accompagnement et de soins permettant ainsi une prise en charge plus adaptée à la globalité des besoins de la personne. La création de ces SPASAD nécessite leur inscription dans un arrêté conjoint de l'ARS et du président du conseil départemental sur simple demande écrite des deux services SSIAD et SAAD s'ils sont déjà titulaires d'une autorisation. Le développement de ces SPASAD est resté relativement limité puisqu'on dénombrait 94 SPASAD en septembre 2015.

[344] La loi ASV a souhaité donner une nouvelle impulsion à ce dispositif avec la mise en œuvre d'expérimentations d'un « modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile ».

[345] Un appel à candidature a été réalisé soit par un département et l'ARS soit par les départements de la région et l'ARS<sup>40</sup>. L'examen des candidatures s'est appuyé notamment sur le cahier des charges fixé par l'arrêté du 30 décembre 2015. La sélection des candidatures pouvait

---

<sup>40</sup> Instruction DGCS/SD3A/CNSA/2016/33 du 8 février 2016 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation des SPASAD

être concomitante à l'examen des demandes de crédits de la CNSA dédiés à l'accompagnement des projets de création et de consolidation des SPASAD.

[346] L'entrée dans l'expérimentation suppose la signature d'un CPOM entre le ou les représentants du SPASAD expérimentateurs, le président du conseil départemental et le directeur général de l'ARS. Les CPOM pouvaient être signés jusqu'au 30 juin 2017.

[347] En outre, les expérimentations actuelles dans le cadre du projet Programme personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) peuvent comporter des SPASAD expérimentaux (décret du 16/10/2015).

[348] Le dispositif d'ensemble concernant les SPASAD est peu lisible avec notamment la coexistence de deux types de SPASAD, ceux existant avant l'expérimentation et ceux expérimentaux, certains SPASAD déjà constitués ayant en outre décidé de s'engager dans l'expérimentation.

## 4.2 Les SPASAD intégrés doivent mettre en œuvre une coordination des soins, des aides et de l'accompagnement

[349] L'accueil et l'information du public sont communs au SAAD et au SSIAD ce qui facilite l'accès aux informations.

[350] Le CPOM prévoit notamment :

- La coordination des soins, des aides et de l'accompagnement avec un objectif d'intégration et de prévention de la perte d'autonomie des personnes accompagnées, sous la responsabilité d'un infirmier coordonnateur ;
- Pour les activités d'aide à domicile, des tarifs horaires ou un forfait global déterminés par le président du conseil départemental ;
- Pour les activités de soins à domicile, la dotation globale de soins infirmiers déterminée par le directeur général de l'agence régionale de santé ;
- Pour les activités de prévention, la définition des actions qui s'inscrivent notamment dans le cadre du schéma départemental relatif aux personnes en perte d'autonomie et du projet régional de santé, leurs modalités de mise en œuvre et de suivi en fonction des objectifs poursuivis et la répartition de leur financement entre le département et l'agence régionale de santé.

[351] Le contenu détaillé du CPOM<sup>41</sup> figure en annexe 12.

[352] 11,5 M€ ont été délégués aux ARS pour 2016 par la CNSA (section IV) pour l'accompagnement des SPASAD. La dotation aux ARS prend en compte le nombre de places de SSIAD. Ces financements visent au soutien :

- des actions de réorganisation d'activité et de mutualisation ;
- de la formation (pour les personnels encadrant si elles ne sont pas prises en charge par un organisme paritaire collecteur agréé (OPCA), aux outils (logiciels notamment) et à la constitution d'un SPASAD (faisabilité de rapprochement de deux entités distinctes, accompagnement par un prestataire pour le rapprochement).

---

<sup>41</sup> Ces CPOM doivent être distingués de ceux présentés en partie 2 et 3 dont le contenu est détaillé en annexe 2

[353] Les dépenses d'investissement, de communication, de groupes de paroles pour les départements qui bénéficient déjà un financement de la CNSA pour ce type d'activité ne sont pas éligibles.

[354] Les SPASAD peuvent également disposer de crédits issus du concours de la CNSA « *Autres actions de prévention* » prévu par la loi ASV pour coordonner et réaliser des actions de prévention de la perte d'autonomie éligibles dans le cadre de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (Cf. infra). Ces crédits sont versés aux départements, une fois les projets retenus dans le cadre de la conférence des financeurs. Ces actions de prévention des SPASAD participant à l'expérimentation doivent être définies dans le CPOM. Ces actions de prévention concourent à favoriser le maintien à domicile des personnes accompagnées et peuvent être individuelles ou collectives. Il est prévu que le projet de création de SPASAD intégré ne conduise pas à une augmentation structurelle du coût du service ce qui suppose un niveau de financement inchangé pour le SAAD et le SPASAD. Le financement de la coordination par l'infirmier coordinateur n'est pas prévu de façon systématique. Tous les SPASAD entrés dans l'expérimentation n'ont pas bénéficié d'un soutien financier. Quelques SPASAD hors expérimentation ont bénéficié d'un soutien financier (possibilité prévue par l'instruction).

[355] La DGCS a organisé une première campagne de remontée des données des SPASAD concernant les données arrêtées au 30 juin 2017 et organise une autre campagne arrêtée au 31 décembre 2017. Un outil de collecte spécifique (CINODE) a été élaboré à cet effet.

[356] Seize ARS (toutes sauf celle de la Réunion) se sont lancées dans l'expérimentation de SPASAD intégrés. Au 1<sup>er</sup> septembre 362 projets ont été retenus. 307 CPOM signés ou sur le point de l'être ont été enregistrés dans l'outil de collecte CINODE (la date limite d'enregistrement des CPOM signés est le 15/09).

[357] La loi ASV a permis une augmentation importante des SPASAD :

- 361 SPASAD sont entrés dans l'expérimentation dont 272 nouveaux SPASAD ;
- dont 175 dans 3 régions, Auvergne – Rhône-Alpes ; Nouvelle Aquitaine et Occitanie.

[358] Le mode de constitution du SPASAD intégré le plus souvent retenu est celui d'une convention passée entre SSIAD et SAAD. Ces données témoignent d'un effet positif de la loi ASV sur la création des SPASAD intégrés.

[359] Les SPASAD ont bénéficié d'un soutien financier :

- 323 SPASAD entrés dans l'expérimentation ;
- 8 SPASAD existants hors expérimentation.

[360] Au total, sur les 11,5 M€ programmé pour l'accompagnement des SPASAD, 9,9 M€ ont été consommés (dont 0,2 M€ pour les huit SPASAD existants hors expérimentation).

### **4.3 L'apport du modèle SPASAD intégré varie selon les situations et des obstacles à une coordination plus aboutie demeurent**

[361] Les SPASAD s'inscrivent dans la volonté du rapprochement du soin et de l'aide dans une logique de parcours et d'accompagnement global de la personne. Parmi les obstacles à la création de SPASAD figure la difficulté qu'ont exprimée des SAAD à la mission pour trouver un SSIAD qui accepte de travailler avec eux dans ce cadre.

[362] A l'opposé, certains SAAD sont très réticents à s'engager dans de telles démarches. Ils considèrent que la coordination par un infirmier coordonnateur n'est pas adaptée car son savoir-faire ne lui donne pas de légitimité pour coordonner des interventions qui s'inscrivent dans le champ social.

[363] Par ailleurs, le fait de prévoir une expérimentation et un financement sur deux ans peut expliquer une réticence de la part de certains acteurs à s'engager dans l'expérimentation.

[364] Selon la formule retenue pour la création d'un SPASAD intégré, le degré de mutualisation des fonctions supports sera plus ou moins important. Plusieurs acteurs ont insisté sur l'intérêt majeur de la gestion des plannings coordonnés entre acteurs de l'aide à domicile et du soin. Ils ont également tenu à souligner que les SPASAD permettaient une mutualisation facilitée des interventions de l'aide et du soin au domicile des personnes âgées. Le SPASAD apparaît également pour certains comme une organisation facilitant les évolutions professionnelles et les possibilités de formation.

[365] Néanmoins, plusieurs départements consultés par la mission ont insisté sur la lourdeur des démarches liées à l'expérimentation des SPASAD intégrés, y compris pour les services demandeurs.

[366] Plusieurs obstacles subsistent à une réelle intégration du dispositif des SPASAD intégrés :

- l'autorisation pour les SSIAD est donnée en nombre de places alors que l'autorisation pour les SAAD est donnée en nombre d'heures,
- le périmètre territorial d'intervention est le plus souvent différent entre un SAAD et un SSIAD d'un même SPASAD,
- les SSIAD sont financées par l'assurance maladie et les SAAD sont financés par le département. L'absence de fongibilité des crédits empêche une mutualisation aboutie,
- Le fait de signer un CPOM pour le SPASAD ne dispense pas de la signature d'un CPOM pour le SSIAD voire également d'un CPOM pour le SAAD si cette modalité de financement a été retenue,
- la toilette de la personne âgée, selon qu'elle est prescrite par un médecin ou préconisée, dans le cadre du plan d'aide, par l'équipe médico-sociale du département, sera effectuée, dans le premier cas par un SSIAD ou une infirmière libérale et, dans le deuxième cas par un SAAD ou une personne employée à domicile. En outre, la disponibilité de l'offre peut également avoir une influence.

[367] Ces limites témoignent de la nécessité, à terme, de réformes de plus grande ampleur.

[368] Enfin, ces structures sont beaucoup trop récentes pour pouvoir être évaluées. Pour autant, cette expérimentation, dont l'intérêt potentiel a été souligné plus haut, mérite d'être menée à son terme puis évaluée.

## 5 LA MISE EN ŒUVRE DE LA CONFERENCE DES FINANCEURS S'EST FAITE DE FAÇON INEGALE SELON LES DEPARTEMENTS QUI PORTENT DES JUGEMENTS CONTRASTES SUR CETTE INSTANCE

[369] La loi ASV prévoit la mise en place d'une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Elle réunit les représentants des régimes de base d'assurance vieillesse (CARSAT, Mutualité sociale agricole – MSA, Régime social des indépendants – RSI) et d'assurance maladie (caisses primaires d'assurance maladie – CPAM), de l'Agence nationale de l'habitat (ANAH), des fédérations des institutions de retraite complémentaire (AGIRCARRCO), des organismes régis par le code de la mutualité (Mutualité française) et des représentants des collectivités territoriales des établissements publics de coopération intercommunale volontaires qui contribuent au financement d'actions de prévention. Par ailleurs, la composition de la conférence peut être élargie, en fonction des partenariats locaux, à toute autre personne physique ou morale concernée.

[370] LA CNSA note dans son cahier pédagogique sur la conférence des financeurs <sup>42</sup> que le législateur n'a pas prévu de représentation de droit des usagers dans cette instance dans la mesure où il a créé un conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA), conçu comme le lieu d'association et de participation des usagers aux politiques gérontologiques. Cette question relevant de la gouvernance n'entrait pas dans le périmètre d'évaluation de la mission.

[371] La loi ASV prévoit que la conférence des financeurs établit un diagnostic des besoins des personnes âgées de soixante ans et plus résidant sur le territoire départemental, recense les initiatives locales et définit un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention. Le décret d'application est paru au JO du 28 février 2016 pour une entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> mars 2016.

[372] La présidence de la conférence des financeurs est assurée par le président du conseil départemental et la vice-présidence par le directeur général de l'ARS. Il s'agit d'un signal fort visant à asseoir la légitimité du département dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie et pas seulement celui de la prise en charge de la dépendance.

[373] La loi ASV s'appuie sur le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie (PNAPPA)<sup>43</sup> qui se structure autour de six axes : préserver l'autonomie, prévenir les pertes d'autonomie évitables au cours de l'avancée en âge, éviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité, réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, former les professionnels à la prévention de la perte d'autonomie et développer la recherche et les stratégies d'évaluation. Ce plan a également inspiré la loi de modernisation du système de santé qui s'articule autour de trois axes dont premier est la prévention. Six axes définis par la loi ASV structurent le programme coordonné :

- l'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile,
- l'attribution du forfait autonomie aux résidences autonomie<sup>44</sup>,

<sup>42</sup> Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie Les cahiers pédagogiques de la CNSA, avril 2017.

<sup>43</sup> Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie, coordination par le Dr. Jean-Pierre AQUINO, mission d'appui de la DGCS, Comité Avancée en âge septembre 2015.

<sup>44</sup> La mission n'a pas traité les résidences autonomie.

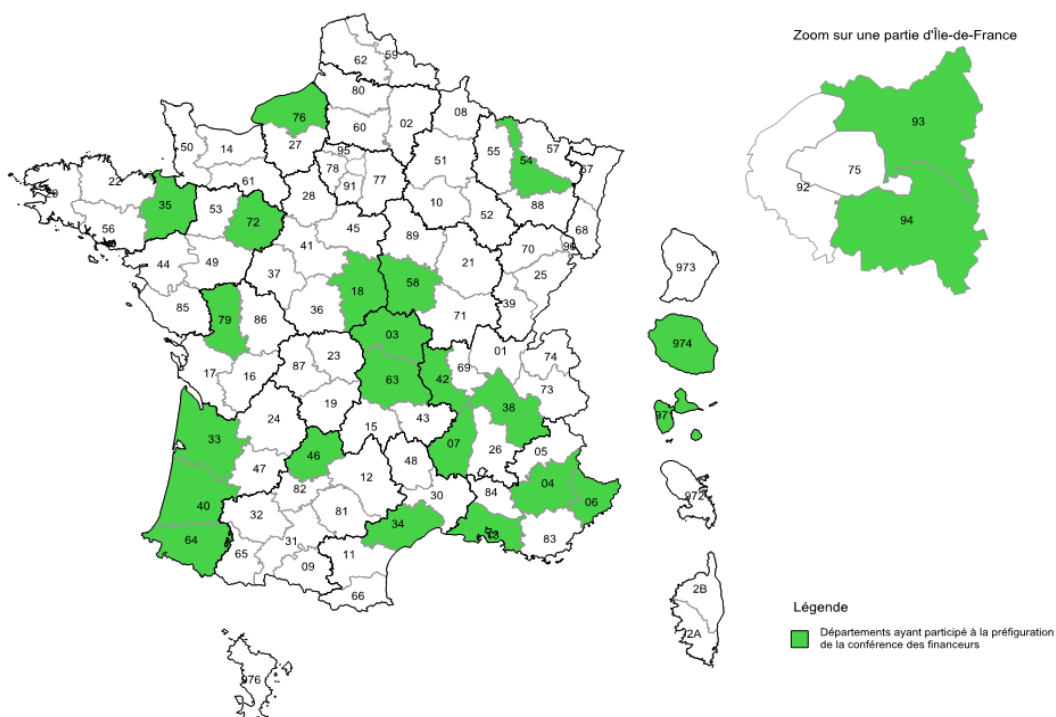
- la coordination et l'appui des actions de prévention mise en œuvre par les SAAD intervenant auprès des personnes âgées,
- la coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les SPASAD,
- le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie,
- le développement d'autres actions collectives de prévention.

[374] Le programme est établi pour une durée qui ne peut excéder cinq ans. Les missions et les types d'actions entrant dans le champ de cette conférence interviennent, en complément des aides légales ou réglementaires.

## 5.1 La phase de préfiguration a facilité une mise en place plus rapide dans les départements préfigureurs

[375] Une phase de préfiguration de la conférence des financeurs a été mise en œuvre en 2015 et, à la suite d'un appel à candidature lancé conjointement par la DGCS et la CNSA, 24 territoires ont été retenus sur la base d'une candidature conjointe entre le département, l'ARS et les caisses de retraite. La carte ci-dessous montre cette répartition.

Les territoires préfigureurs de la conférence des financeurs en 2015



Les pilotes de la préfiguration de la conférence des financeurs - CNSA/DGCS - 18/01/2016

Source : *Extrait du site de la CSA*

[376] Sur ces 24 territoires préfigureurs, tous avaient installé la conférence des financeurs en octobre 2016.

[377] Les conférences des financeurs étaient installées dans tous les départements métropolitains en 2016. Six départements et collectivité d'outre-mer n'ont pas mis en place la conférence des financeurs à fin 2016 : Guyane, Réunion, Saint-Pierre-et-Miquelon, Mayotte, Saint-Barthelemy et Saint-Martin.

[378] L'arrêté du 5 avril 2016 fixe les montants du concours « Autres actions de prévention » alloué aux départements au titre de la conférence des financeurs. Les montants alloués au titre des aides individuelles (1°), des actions entreprises par les SPASAD (4°) et des « autres actions collectives de prévention » (6°) s'élèvent à 102M€ pour l'année 2016 et à 140 M€ pour l'année 2017.

[379] Le concours « Autres actions de prévention » alloué aux départements au titre de la conférence des financeurs ne permet pas de financer des actions d'accompagnement des aidants.

[380] Aux 102 M€ du concours « Autres actions de prévention » s'ajoutent 5,05 M€ pour la mise en place et l'organisation de la conférence des financeurs.

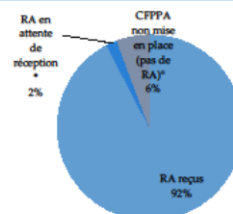
[381] En 2016, sur les 102 M€, 38 M€ ont été consommés.

[382] Un premier bilan de la conférence des financeurs a été transmis à la mission par la CNSA et figure ci-dessous.

Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie  
Rapport d'activité 2016 (105 territoires concernés)  
Premières estimations arrêtées au 4 septembre 2017

Rapports d'activité de la conférence des financeurs (103 réponses)

Rapport d'activité (RA)	Nombre
<b>RA reçus</b>	<b>97</b>
RA en attente de réception*	2
CFPPA non mise en place (pas de RA)*	6
<b>Taux de réponse</b>	<b>97%</b>



\* Mayenne et Somme

\* Guyane, Réunion, Saint-Pierre-et-Miquelon, Mayotte, Saint-Barthelemy et Saint-Martin

Éléments financiers (105 états - dont 96 états valides)

Utilisation des concours	Concours notifiés en avril 2016 (a)	Dépenses réellement engagées sur l'année 2016 (b)	% Concours engagés (b)/(a)
Autres actions de prévention (AAP)	102,000,000	37,975,261	37%
Forfait autonomie (FA)	25,000,000	17,656,697	71%
<b>CFPPA*</b>	<b>127,000,000</b>	<b>55,631,958</b>	<b>44%</b>

Seul l'état de la Mayenne est manquant

Part des dépenses engagées par rapport au concours 2016	Nombre de départements sur les 2 concours		
	AAP	FA**	
Aucune conso	23	23	16
Moins de 50%	41	7	42
50-90%	26	16	32
Plus de 90%	15	49	15
<b>dont 100% conso</b>	<b>4</b>	<b>22</b>	<b>3*</b>

\* Ardennes, Pyrénées-Atlantiques et Deux-Sèvres

\*\* Départements non concernés par le FA : Corse du Sud, Haute-Corse et les 8 DOM



## 5.2 La coordination des financements de la prévention d'autonomie autour d'une stratégie partagée par les financeurs du département constitue un progrès

[383] La conférence des financeurs réunit les acteurs du département susceptibles de financer des actions de prévention de la perte d'autonomie. Le programme d'action de la conférence des financeurs doit être complémentaire de ceux développés par les membres de la conférence des financeurs au titre de la prévention. Le département a l'obligation de faire apparaître l'ensemble des dépenses des autres membres de la conférence des financeurs au titre de la prévention. Cette organisation a permis dans certains départements de réaliser que certaines actions étaient financées deux fois (pose de barre de douche par exemple) et cette prise de conscience a facilité la volonté d'un travail commun visant à une meilleure connaissance des actions de chacun.

[384] Le rôle des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) par exemple varie selon les départements avec parfois un réel investissement dans la démarche et une volonté de construire une politique de prévention puis d'affecter un financement qui fera levier et permettra notamment la réalisation de projets innovants. Les travaux sur l'observatoire de la fragilité<sup>45</sup> réalisés par les CARSAT ont également été mentionnés à la mission comme très utiles dans l'élaboration d'un diagnostic des besoins de prévention de la perte d'autonomie.

[385] La conférence des financeurs a pu faciliter le développement de complémentarité entre les acteurs concernés. Toutefois, la question de la communication sur les actions financées dans ce cadre traduit bien les difficultés à aller jusqu'au bout d'une démarche de mutualisation.

[386] Ainsi que le soulignait la Cour des Comptes dans son rapport<sup>3</sup>, la question de l'harmonisation de la programmation des financements par les divers acteurs concernés reste non résolue. Chacun garde souvent ses appels à projets qu'il souhaite diffuser sous son propre logo.

[387] D'autres dispositions de la loi ASV ont également pour objectif d'améliorer les complémentarités en vue de la préservation de l'autonomie des personnes âgées et la promotion du bien vieillir.

[388] La loi ASV a en effet prévu que les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale puissent échanger les informations, autres que médicales, qu'ils détiennent et qui sont nécessaires à l'appréciation de la situation de leurs ressortissants pour l'accès à des prestations et avantages sociaux qu'ils servent ainsi qu'aux actions qu'ils mettent en œuvre en vue de prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées. Le décret n° 2017-334 du 14 mars 2017 pris en application de la loi ASV définit les traitements de données à caractère personnel pour la mise en œuvre de ces échanges d'informations entre organismes de sécurité sociale, en vue de prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées.

[389] La loi ASV prévoit également la conclusion d'une convention pluriannuelle entre l'Etat et des caisses de retraites (Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, Caisse nationale du régime social des indépendants et Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales), regroupées en interrégime. Cette convention en date du 4 mai 2017 fixe les principes et les objectifs d'une politique coordonnée et

---

<sup>45</sup> Les observatoires de la fragilité contribuent à identifier les territoires prioritaires et les publics vulnérables.

harmonisée d'action sociale en vue de la préservation de l'autonomie des personnes âgées et la promotion du bien vieillir, conduite par les régimes que ces organismes gèrent. Cette action sociale interrégime s'inscrit dans le cadre du plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie et des travaux des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

[390] Elle porte sur :

- L'accompagnement, l'information et le conseil pour bien vivre sa retraite et anticiper la perte d'autonomie ;
- Une politique de prévention de la perte d'autonomie avec la mise en œuvre de programmes d'actions et d'ateliers collectifs à destination des retraités autonomes ;
- La mise en œuvre d'actions individuelles à destination des personnes âgées les plus fragiles à partir de l'évaluation globale des besoins à domicile et des plans d'aide personnalisés ;
- Une politique de soutien au logement et à l'habitat en faveur des personnes retraitées socialement fragilisées.

### **5.3 Les conditions d'engagement des fonds issus du concours de la CNSA pour la conférence des financeurs sont particulièrement complexes**

[391] Le financement par la CNSA des actions de prévention se fait sur la section V de son budget, sous forme de concours au titre de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie versés aux départements et abondés par une fraction des recettes de la CASA. Ces concours de la CNSA sont répartis annuellement entre les départements en deux parts :

- Un concours « forfait autonomie », réparti en fonction du nombre de places dans les établissements concernés dans le département ;
- Un concours autres actions de prévention, en fonction du nombre de personnes âgées de soixante ans et plus dans le département.

#### **5.3.1 La nature des aides individuelles éligibles est peu lisible et les conditions d'octroi des aides sont fondées sur des critères discutables**

[392] L'éligibilité des équipements et des aides techniques au financement de la CNSA apporté à la conférence des financeurs est, selon l'ensemble des départements consultés par la mission, peu lisible malgré les efforts d'accompagnement de la CNSA (journées d'information et guide sur les aides techniques individuelles publié).

[393] Il s'agit de tout équipement, instrument, dispositif, système technique ou logiciel adapté ou spécialement conçu pour prévenir ou compenser une limitation d'activité, destiné à une personne âgée de 60 ans et plus. Ils doivent contribuer :

- à maintenir ou améliorer l'autonomie dans la vie quotidienne, la participation à la vie sociale, les liens avec l'entourage ou la sécurité de la personne ;
- à faciliter l'intervention des aidants qui accompagnent la personne ;
- à favoriser ou accompagner le maintien ou le retour à domicile. (article R. 233-7 du CASF).

[394] Le guide technique de la CNSA mentionne :

- les aides techniques inscrites à la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) ;
- les autres aides techniques :
  - technologies de l'information et de la communication pour l'autonomie et la sécurisation de la vie à domicile et le maintien du lien social,
  - téléassistance,
  - pack domotique,
  - autres technologies,
  - autres aides techniques en particulier celles contribuant à la prévention du risque de chute au domicile (barre d'appui dans la salle de bains, rehausseur de w.c., main courante dans un escalier...).

[395] Plusieurs interlocuteurs ont indiqué à la mission que cette liste, même associée à la liste d'exclusion figurant dans le guide de la CNSA, ne suffit pas à savoir quelles aides sont réellement éligibles. En outre, dans un contexte où le développement durable est privilégié, certains projets d'économie circulaire prévoient de réutiliser par exemple d'anciens fauteuils roulants or seuls les fauteuils neufs figurent dans la Liste des produits et prestations remboursables (LPPR).

[396] Par ailleurs, les fonds engagés doivent bénéficier à hauteur d'au moins 40 % des montants à des personnes non éligibles à l'APA. En outre, pour les personnes éligibles à l'APA, les aides techniques doivent figurer sur le plan d'aide qui doit être saturé. Or la loi ASV vise à désaturer les plans d'aide.

[397] Ces aides, comme toutes celles attribuées par la conférence des financeurs le sont sous conditions de ressources. Pour les personnes éligibles à l'APA, le bénéficiaire acquitte une participation dans les mêmes conditions que celles prévues par l'APA. Pour les personnes non éligibles à l'APA, les ressources et le taux de participation sont fixés dans l'annexe du décret n° 2016-209 du 26 février 2016, avec une différenciation selon que la personne habite en Ile- de-France ou pas.

**Recommandation n°11 : Simplifier les règles d'éligibilité des aides techniques à un financement par la conférence des financeurs.**

### 5.3.2 L'éligibilité des actions collectives de prévention est moins contraignante mais la mission souligne l'importance de leur évaluation

[398] Comme pour les aides techniques, les fonds engagés doivent bénéficier à hauteur d'au moins 40 % des montants à des personnes non éligibles à l'APA. Les thématiques principales de ces actions sont : santé globale/bien vieillir<sup>46</sup>, habitat et cadre de vie, sécurité routière, accès aux droits, lien social, préparation à la retraite.

[399] Les SAAD peuvent être opérateurs de ces actions collectives de prévention. Des fédérations de services ont insisté sur le fait que leurs adhérents n'avaient pas (ou peu) été sollicités pour mettre en place ces actions. Elles ont souligné que n'étant pas membres des conférences des financeurs, elles ne sont souvent pas consultées et ne disposent que de peu de

---

<sup>46</sup> Dont nutrition, mémoire, sommeil, activités physiques et atelier équilibre/prévention des chutes, bien-être et estime de soi

visibilité sur les appels à projets prévus. Une enquête réalisée par l'une d'elle auprès de leurs adhérents gestionnaires de structures « de maintien à domicile »<sup>47</sup> concernait notamment les conférences des financeurs. Sur les 88 répondants, seuls 19 % déclaraient disposer de toutes les informations nécessaires à ce sujet. La moitié estimait ne disposer d'aucune information sur ces conférences et 32 % ont estimé disposer d'informations trop partielles.

[400] En pratique, les interlocuteurs ont insisté sur le peu de délai pour mettre en place la conférence des financeurs. Dans plusieurs départements, certains SAAD ou d'autres types de promoteurs déjà connus pour des actions de prévention ont été invités à proposer un projet visant à étendre ces actions sur le territoire.

#### 5.4 La complexité des mécanismes d'octroi de financement, le court délai pour définir de nouvelles actions de prévention peuvent expliquer la sous-consommation des crédits en 2016

[401] Les résultats transmis par les départements à la CNSA montrent une sous-consommation du montant affecté à la conférence des financeurs.

[402] La mise en place de cette instance et le temps nécessaire pour que les membres de la conférence de l'autonomie s'investissent dans les projets à traiter, sous l'impulsion des départements, contribuent à expliquer la sous-consommation des crédits lors de cette année de montée en charge.

[403] L'installation effective de la conférence des financeurs laissait un temps très réduit pour engager des dépenses dans l'année.

[404] Par ailleurs, certains départements consultés par la mission ont insisté sur les difficultés de mise en œuvre d'une action de prévention collective à destination des personnes âgées, avec ce que cela comporte en termes d'information pour les faire adhérer à cette démarche. Ils indiquent alors qu'il sera compliqué d'expliquer aux personnes âgées sollicitées une année pour participer à une action de prévention collective pourquoi cette action n'est pas reconduite l'année d'après. La logique de la conférence des financeurs est celle d'un levier du financement de la prévention. Pour autant, ces départements estiment qu'ils seront comptables vis-à-vis des bénéficiaires de la cohérence dans le temps des actions réalisées.

[405] Certains interlocuteurs ont expliqué à la mission leur impossibilité de consommer les crédits du fait des multiples règles mises en place alors qu'il existe des besoins réels de prévention de la perte d'autonomie, en particulier des besoins de prévention individuelle. Un des départements rencontrés par la mission a qualifié la conférence des financeurs de « *summum de complexité* ».

[406] La simplification des règles d'éligibilité des aides techniques à un financement par la conférence des financeurs proposée par la mission constitue un élément de réponse.

[407] Le caractère paradoxal de dépenses pour des projets montés dans l'urgence, alors que les départements motivent les équipes pour contribuer à la maîtrise des dépenses publiques, a plusieurs fois été souligné.

---

<sup>47</sup> SSIAD, SAAD, SPASAD, autres types de structures complémentaires au(x) service(x) de maintien à domicile : accueil de jour, accueil de jour autonome, accueil de jour Alzheimer, plateforme départementale des aidants, centre de soins infirmiers ou résidence autonomie

[408] Malgré ces difficultés, certains départements ont préparé dans ce cadre des plans d'actions structurés. L'annexe 13 présente la liste des actions figurant dans le plan d'actions 2016-2017 réalisé dans le cadre de la conférence des financeurs dans un département.

[409] Cette instance, dans les départements consultés par la mission qui se sont impliqués fortement pour la porter et la faire vivre, présente un réel potentiel tant sur le plan de la cohérence des actions visant à prévenir la perte d'autonomie que de la maîtrise des dépenses afférentes.

## 5.5 Des crédits d'ingénierie ont permis d'initier cette dynamique mais leur caractère non pérenne rend fragile ce dispositif

[410] Les départements préfigurateurs ont bénéficié selon la CNSA d'une enveloppe financière d'environ 100 000 € par territoire départemental. Une aide supplémentaire de 60 000 € pour les 81 territoires non préfigurateurs et de 30 000 € pour les 24 territoires préfigurateurs a ensuite été octroyée afin de les soutenir dans la mise en œuvre du dispositif soit 5,58 M€ supplémentaires.

[411] Le versement de ces crédits d'ingénierie est conditionné par la signature d'une convention entre la CNSA et le département (versement de 60 % à la signature, puis du solde en fonction de la production de justificatifs). Parmi les départements consultés, certains ont souligné que ces modalités de versement des crédits d'ingénierie leur avaient paru assez lourdes avec comme conséquences un certain retard dans la mise à disposition effective des fonds. La signature de ces conventions CNSA/départements pour les crédits d'ingénierie a été progressive : huit conventions en août 2016, à la fin de l'année 2016 des conventions ont été conclues avec 95 départements et collectivités (sur un total de 105) représentant un montant de 5,040 M€. Une convention a été conclue au printemps dernier avec un 96ème département. Le montant total engagé à ce jour s'élève ainsi à 5,1 M€. Ces crédits sont imputés sur la section V du budget de la CNSA.

[412] Le fonctionnement de la conférence des financeurs a mobilisé, dans la plupart des départements qui l'ont mise en place, un chargé de mission à temps plein ce qui ne résume pas l'ensemble des moyens résultant du fonctionnement de la conférence.

[413] L'encadré ci-dessous énumère, de façon non exhaustive, ce qu'implique, pour les départements la présidence de la conférence des financeurs.

### Encadré 12 : Eléments de mobilisation d'un département pour la conférence de financeurs

- Secrétariat, coordination et animation de la conférence :
  - Préparation matérielle des réunions de la conférence et des instances de travail ;
  - Assurer la gestion du calendrier des réunions (contact préalable avec les participants...);
  - Préparation des convocations pour les réunions de la conférence et des instances de travail ;
  - Rédaction et diffusion des comptes rendus ;
  - Animation du fonctionnement général de la conférence ;
  - Diffusion de toute information utile aux membres de la conférence, notamment les textes réglementaires ou institutionnels relatifs à la prévention de la perte d'autonomie.
- Travail des services juridiques sur les appels à projet
- Organisation et préparation des délibérations de l'assemblée du département sur ce thème
- Mobilisation du service de communication

[414] La mission considère, compte tenu du potentiel de cette instance (Cf. infra) et de la charge administrative qu'elle entraîne pour les départements, qu'il est souhaitable de pérenniser les crédits d'ingénierie de la conférence des financeurs.

[415] Cette pérennisation ne doit pas entraîner de dépenses supplémentaires ce qui est possible en prévoyant ces crédits à l'intérieur du concours « Autres actions de prévention ».

**Recommandation n°12 : Prévoir, à l'intérieur du concours « Autres actions de prévention », une pérennisation des crédits d'ingénierie destinés à la conférence des financeurs.**

## 6 PLUSIEURS DISPOSITIONS DE LA LOI ASV ENGAGENT UN PROCESSUS D'AMELIORATION DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PROCHES AIDANTS

Encadré 13 : Extrait de la stratégie nationale de soutien et d'accompagnement des aidants des personnes en situation de handicap

Les aidants sont ceux qui viennent en aide, non professionnellement, à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de leur entourage, pour les activités de la vie quotidienne. En France, 8,3 millions de personnes de 16 ans ou plus aident de façon régulière et à domicile une ou plusieurs personnes de leur entourage pour des raisons de santé, en perte d'autonomie ou en situation de handicap<sup>1</sup> (soit près d'une personne sur six de cette classe d'âge).

4 millions de personnes accompagnent des personnes de moins de 60 ans et 4,3 millions aident au moins une personne âgée de plus de 60 ans.

### 6.1 La définition de la notion de proche aidant constitue une avancée majeure

[416] La loi ASV définit la notion de proche aidant. « *Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne* » (Art L113-1-3 du CASF). Cette reconnaissance des aidants dans la loi avec une définition précise, différenciant clairement les proches aidants qui apportent une aide pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne, des professionnels et n'imposant pas de lien familial constitue une avancée majeure.

### 6.2 La plupart des départements consultés par la mission avaient mis en œuvre des mesures en faveur des aidants avant la publication de la loi ASV

[417] Les schémas départementaux de l'autonomie, ou selon les départements les schémas départementaux pour les personnes âgées, comportaient des mesures en faveur de aidants bien avant la loi ASV.

Encadré 14 : Exemple d'extrait de mesures concernant les aidants et figurant dans un schéma départemental 2013-2017

Améliorer le repérage des aidants naturels et accroître la lisibilité de l'offre de soutien au niveau local :

- anticiper les situations de fragilité et d'épuisement des aidants,
- sensibiliser les acteurs potentiels
- veiller à couvrir les zones blanches
- renforcer ou développer les actions de soutien
- identifier des référents de proximité...

[418] La CNSA développe et accompagne de nombreuses actions en faveur des aidants depuis 2007. Un financement par la section V avait permis le lancement d'un appel à projet visant à expérimenter une offre territorialisée et diversifiée d'accompagnement des aidants familiaux. Sur 290 dossiers reçus, 96 avaient été retenus. Toujours au titre de la section V, l'aide aux aidants constitue l'un des 10 axes prioritaires du programme de travail de la CNSA dans sa mission de soutien aux projets de recherche et aux actions innovantes. La troisième édition des rencontres scientifiques de la CNSA en novembre 2014 avait pour thème « *être proche aidant aujourd'hui* ».

[419] La loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009 permet à la CNSA de financer dans le cadre de la section IV de son budget des dépenses de formation des aidants familiaux qui participent à l'accompagnement d'un proche en situation de handicap ou en perte d'autonomie. Ces actions de formations sont financées dans le cadre de conventions avec les départements ou de conventions avec les réseaux associatifs nationaux.

[420] La CNSA a également apporté son soutien, en lien avec la DGCS, aux actions visant à permettre un répit de l'aidant dans le cadre de la section I de son budget. Il s'agit du soutien et de la modélisation d'actions innovantes à destination des couples aidant-aidé, du développement quantitatif et qualitatif de l'offre de structures de répit (création de places en accueil de jour et hébergement temporaire, réflexion et concertation sur l'évolution des contenus de service...) et de la généralisation des plateformes d'accompagnement et de répit.

[421] Les missions des plateformes d'accompagnement et de répit sont de :

- répondre aux besoins d'information, d'écoute, de conseils et de relais des aidants pour les conforter dans leur rôle d'aidant dans une logique de proximité ;
- proposer diverses prestations de répit ou de soutien à la personne malade, à son aidant ou au couple ;
- être l'interlocuteur privilégié des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) pour ces prestations et le recensement de l'offre de répit ;
- être l'interlocuteur privilégié des médecins traitants chargés de suivre la santé des aidants et des patients et chargés de repérer les personnes « à risque » ;
- offrir du temps libéré (une aide se substitue à celle apportée par l'aidant/séparation de l'aidant et de l'aidé) ou accompagné (sans séparation/intégrant la dimension de « bon temps passé ensemble ») ;
- informer, éduquer soutenir les aidants pour les aider à faire face à la prise en charge d'une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ;
- favoriser le maintien de la vie sociale et relationnelle de la personne malade et de son aidant et lutter contre le repli et la dépression ;
- contribuer à améliorer les capacités fonctionnelles, cognitives et sensorielles des personnes malades.

[422] Entre 2011 et 2012, 150 plateformes d'accompagnement et de répit ont été financées de façon pérenne à hauteur de 100 000 € par plateforme sur l'ensemble du territoire national (crédits section I du budget de la CNSA délégués aux ARS). En 2017, on dénombre 165 plateformes avec maintien du financement de 100 000 € par plateforme. L'objectif est de porter leur nombre à 215 d'ici 2019.



[423] Une étude sur la politique de l'aide aux aidants et l'évaluation des dispositifs d'aide aux aidants subventionnés par la CNSA au titre de sections IV et V de son budget a été réalisée en octobre 2015<sup>48</sup>. Outre les dispositifs de formation des aidants, des dispositifs d'information, de soutien social et ou moral comme par exemple les groupes de parole ou les cafés des aidants ont également bénéficié de soutien de la CNSA en particulier dans le cadre de convention avec les départements. Les conventions entre la CNSA et les ARS visaient le soutien des aidants de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer (mesure 2 du plan Alzheimer 2008-2012).

[424] Un des départements consulté par la mission a précisé que depuis septembre 2015, les CLIC ont en charge le déploiement du programme départemental triennal de soutien aux aidants familiaux de personnes âgées en perte d'autonomie toutes pathologies. Ce programme priorise le soutien psychologique : l'aidant, repéré par les CLIC ou les partenaires, peut bénéficier de trois heures de soutien psychologique individuel, renouvelables, au domicile, au CLIC ou au cabinet du psychologue recruté sur chaque zone gérontologique. Cet appui peut être complété par une participation à des groupes de parole organisés deux heures par mois, sur chaque zone gérontologique et animés par les quatre psychologues recrutés. Cette politique d'aide aux aidants portée par les CLIC fait l'objet d'un développement dans le cadre de la convention entre la CNSA et le département. Le département souligne que le nombre d'aidants rencontrés par les CLIC a presque doublé entre 2015 et 2016 passant de 778 à 1492.

[425] Les conventions CNSA/département (budget section IV) sur l'axe soutien et accompagnement des aidants prévoient le cofinancement d'actions à 80% par la CNSA et 20% par le département.

### **6.3 La loi ASV prévoit différentes mesures en faveur des proches aidants mais certaines sont difficiles à mettre en œuvre**

#### **6.3.1 Plusieurs dispositions générales de la loi ASV font référence à l'accompagnement des proches aidants**

[426] En améliorant les aides aux personnes âgées en perte d'autonomie, la loi ASV permet indirectement de soulager les aidants (mesures concernant l'APA).

[427] La loi ASV comporte plusieurs autres mesures visant à améliorer directement l'accompagnement des proches aidants dont certaines ont été décrites précédemment.

[428] L'amélioration de l'accessibilité à l'information pour les personnes âgées et les aidants constitue une des mesures en faveur des aidants.

[429] Le référentiel d'évaluation multidimensionnelle instauré par la loi ASV permet de formaliser une démarche d'évaluation facilitant le repérage des aidants et prenant en compte leurs besoins.

[430] La loi ASV prévoit que parmi les missions de la CNSA, figure le fait de contribuer au financement du soutien des proches aidants, dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire.

---

<sup>48</sup> Étude de la politique de l'aide aux aidants et évaluation des dispositifs d'aide aux aidants subventionnés par la CNSA au titre des sections IV et V de son budget, ENEIS Conseil, octobre 2015

### 6.3.2 La loi ASV transforme le congé de soutien familial en congé de proche aidant

[431] La loi ASV a modifié certaines des dispositions du code du travail relatives au congé de soutien familial, en le transformant en congé de proche aidant. Le champ des personnes éligibles est étendu aux proches aidants sans lien familial et aux aidants de personnes accueillies en établissement. Désormais les périodes d'activité à temps partiel au titre de ce congé et son fractionnement sont autorisés.

[432] Le décret n° 2016-1554 du 18 novembre 2016 relatif au congé de proche aidant précise les délais d'information qui s'imposent à l'employeur et au salarié pour la prise de ce congé. Il réduit les délais de prévenance pour la demande de congé et pour la demande de renouvellement. Il élargit par ailleurs le champ des personnes aidées par le salarié en congé aux personnes classées en GIR 3.

### 6.3.3 La loi ASV crée un droit au répit pour les proches aidants mais impose une participation financière de la personne aidée et des critères d'accessibilité trop restrictifs

[433] L'APA permet le financement de dispositifs de répit qui doivent être adaptés à la personne aidée et être définis dans le plan d'aide, en fonction du besoin de répit évalué par l'équipe médico-sociale lors de la demande d'allocation, ou dans le cadre d'une demande de révision. Ce n'est que si le plan d'aide est saturé que le droit au répit prévu par la loi ASV peut être mobilisé.

[434] Le droit au répit peut financer dans la limite de 500€ par an l'accueil de la personne aidée dans un accueil de jour ou de nuit, un hébergement temporaire en établissement ou en accueil familial ou encore un relais à domicile.

[435] Cette première condition liée à la saturation du plan d'aide restreint le champ des bénéficiaires potentiels. D'une part, la loi ASV a conduit à une désaturation des plans d'aide, d'autre part d'autres facteurs – notamment le reste à charge des personnes âgées - expliquent que, dans certaines situations, les plans d'aide ne soient pas saturés bien que les besoins d'aide de la personne ne soient pas satisfaits.

[436] Une deuxième condition permettant le droit au répit concerne la participation des bénéficiaires. Ils acquittent une participation sur le droit au répit dans les mêmes conditions que leur participation à l'APA. Or ces mesures visent en premier lieu les aidants qui sont, d'une certaine manière, bénéficiaires du dispositif de répit. La logique d'une participation du bénéficiaire de l'APA et du calcul d'une participation selon les revenus du bénéficiaire de l'APA ne s'explique pas si on considère que ces mesures de répit sont faites, en partie, pour soutenir les aidants.

[437] Du reste dans les conventions entre les départements et la CNSA, pour les mesures de soutien aux aidants, la participation du département était à hauteur de 20 %, celle de la CNSA à hauteur de 80 % mais aucune participation n'était demandée à la personne âgée, aucune condition relative à la saturation des plans d'aide non plus.

[438] Ainsi qu'il est précisé dans l'étude d'impact de la loi ASV, l'objectif de la loi ASV était d'inclure dans toutes les conventions signées entre la CNSA et les départements pour la modernisation de l'aide à domicile un volet « aidant », qui ne figurait, d'après cette étude, que dans un tiers environ de conventions.

[439] Un des départements consultés a expliqué à la mission que pour permettre d'élargir le champ des bénéficiaires, il a retenu un taux de saturation du plan à 90% et non à 96% comme pour la réévaluation des plans d'aide.

[440] Un autre département a souligné que les mesures qu'il mettait en œuvre avant la loi étaient davantage favorables aux personnes âgées parce que le département prenait en charge le reste à charge des personnes âgées bénéficiant d'un accueil de jour et qu'en outre, il n'y avait pas de condition portant sur la saturation de plans d'aide. Il a indiqué qu'il allait se conformer à la loi.

[441] Les conditions nécessaires pour que les proches aidants accèdent aux mesures prévues par la loi ASV sont trop restrictives et peuvent expliquer la sous-consommation constatée.

#### 6.3.4 La prise en charge de la personne âgée lors de l'hospitalisation du proche aidant semble avoir été peu mise en œuvre

[442] La loi ASV instaure un dispositif d'accueil d'urgence de la personne aidée en cas d'hospitalisation de l'aidant pouvant aller jusqu'à 992 € par hospitalisation. Cette aide ponctuelle peut servir à financer un hébergement temporaire de la personne aidée ou un relais à domicile.

[443] Pour en bénéficier, la demande doit être faite au président du conseil départemental dès que possible, au plus tard un mois avant la date d'une hospitalisation programmée mais des dispositifs d'urgence sont possibles.

[444] Or, quand la personne bénéficiaire de l'APA n'est plus à domicile mais en hébergement temporaire, elle ne bénéficie plus de l'APA à domicile mais de l'APA établissement puis, à son retour à domicile, bénéficiera à nouveau de l'APA à domicile. Ces modifications entraînent une lourdeur administrative certaine.

[445] Par ailleurs, plusieurs départements consultés par la mission ont indiqué que leur système d'information ne permettait pas de mettre en œuvre cette mesure.

[446] Au 4<sup>ème</sup> trimestre 2016, selon l'étude de la DREES de septembre 2017<sup>49</sup>, seuls 10 départements ont mis en œuvre la mesure relative au relais auprès de la personne âgée en cas d'hospitalisation du proche aidant. La même étude indique une mise en œuvre du droit de répit dans 15 départements, soit un nombre un peu plus élevé de départements, mais qui reste très minoritaire. Ce premier bilan quantitatif confirme largement les constats faits par la mission.

**Recommandation n°13 : Permettre un accès aux mesures pour les proches aidants sans condition portant sur la saturation du plan d'aide et sans participation financière de la personne âgée aidée.**

#### 6.3.5 La loi ASV prévoit d'autres actions en faveur des aidants

[447] La loi ASV prévoit que le département coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale mentionné à l'article L. 312-5, les actions menées par les différents intervenants, y compris en faveur des proches aidants. Elle complète l'objectif des schémas qui est d'assurer l'organisation territoriale et l'accessibilité de l'offre de services de proximité destinée aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie et à leurs proches aidants

---

<sup>49</sup> DREES-BHD n° 45-2017, 8 septembre 2017

Certains départements ont adapté leur schéma de l'autonomie ou des personnes âgées pour prendre en compte la loi ASV et présentent des mesures relatives aux aidants : soutien, accompagnement, formation des aidants, visibilité et accessibilité de cette offre.

[448] La loi ASV prévoit également que le département peut signer des conventions avec l'ARS, les organismes de sécurité sociale ou tout autre intervenant en faveur des personnes âgées pour assurer la coordination de l'action gérontologique. Ces conventions peuvent notamment porter sur la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées, ainsi que sur le soutien et la valorisation de leurs proches aidants. Dans ce dernier cas, elles peuvent préciser la programmation des moyens qui y sont consacrés.

#### **6.4 Le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants entre dans le cadre de la conférence des financeurs**

[449] Le programme de la conférence des financeurs comporte parmi les six axes définis par la loi un axe de « *soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie* ». Les membres de la conférence doivent définir une stratégie territoriale partagée.

[450] Toutefois, les actions d'accompagnement des aidants ne peuvent être financées par le concours « Autres actions de prévention » de la conférence des financeurs. Si elles figurent dans le programme d'action de la conférence des financeurs, elles pourront, le cas échéant, bénéficier de financement de la part de la CNSA dans le cadre des crédits de la section IV de son budget, ce qui nécessite une convention entre le département et la CNSA.

[451] La conférence des financeurs a permis d'articuler les actions mises en œuvre par ARS et département. L'exemple ci-dessous en est une illustration.

[452] Extraits d'une convention département – CNSA visant la stratégie territoriale d'aide aux aidants dans le cadre de la conférence des financeurs

[453] Le département, en tant que chef de file de l'action sociale et présidant la conférence des financeurs, contribue à la définition d'une stratégie territoriale d'aide aux aidants, veillant à la complémentarité des actions conduites par les différents acteurs territoriaux engagés sur ce champ. La CNSA peut apporter un appui aux actions du département en faveur des aidants, convergentes avec les priorités d'action nationales, dans le cadre d'un conventionnement conclu au titre de la section IV de son budget et de la conférence des financeurs. Elle s'engage à informer le département des conventions nationales qu'elle conclut en ce domaine, susceptibles d'avoir une application sur son territoire. A ce titre, le département poursuivra, en lien avec l'ARS, le déploiement d'une politique d'aide aux aidants territorialisée à travers :

- le soutien aux plateformes de répit pour les personnes âgées et l'expérimentation de formules d'aide aux aidants des personnes en situation de handicap, convenue dans le cadre de la convention section IV signée ;
- la formation des professionnels et le renforcement des liens avec les intervenants au domicile (dans le cadre d'un projet européen ...) ;
- la diversification des solutions de répit, en recourant par exemple à des familles d'accueil.

[454] Un accompagnement méthodologique de la CNSA sur ce type d'initiatives pourrait être recherché en vue de la capitalisation des initiatives.

## 6.5 Les ARS interviennent également dans le champ des aidants

[455] S'agissant des aidants, les crédits délégués aux ARS dans le cadre de la mesure 50 du Plan maladies neurodégénératives (section IV du budget de la CNSA) s'élèvent à 1 M€ pour 2015 et 1,4 M€ pour 2016.

## 6.6 L'accompagnement et le soutien aux aidants constitue un enjeu majeur de société

[456] Les représentants des aidants insistent sur l'importance de ne pas réduire l'aidant à son seul rôle d'aidant. Concilier le rôle de l'aidant avec les autres domaines de la vie – vie familiale, vie professionnelle, loisirs – conduit à faire de l'accompagnement des aidants un enjeu majeur de société.

[457] Le rapport concerne le champ de l'adaptation de la société au vieillissement. La question des aidants doit s'envisager de façon plus large, en intégrant, comme cela a été souvent mentionné, les aidants des personnes en situation de handicap mais aussi les aidants des personnes vivant avec une maladie chronique invalidante.

[458] L'impact sur la santé des aidants doit également être pris en compte. L'encadré ci-dessous présente les résultats d'une enquête menée en 2015 sur la santé des aidants<sup>50</sup>. Il s'agit d'un travail d'analyse et d'observation auprès de proches aidants et de professionnels pour appréhender la manière dont ils perçoivent et tiennent compte des questions de santé.

### Encadré 15 : Principaux résultats de l'enquête sur la santé des aidants menée en 2015

- Environ 48 % des aidants interrogés dans le cadre de travail déclarent avoir des problèmes de santé qu'ils n'avaient pas avant d'être aidants,
- 61 % des répondants déclarent avoir des problèmes de sommeil depuis qu'ils sont aidants,
- 63,5 % des répondants déclarent avoir des douleurs physiques depuis qu'ils sont aidants,
- 59 % des répondants déclarent se sentir seuls depuis qu'ils sont aidants,
- Près de 25 % des répondants déclarent avoir augmenté leur consommation de médicaments depuis qu'ils sont aidants,
- 70 % des répondants déclarent ne pas s'accorder de temps pour les loisirs.

[459] Pour les représentants des aidants consultés par la mission « *Les aidants ne peuvent pas être la variable d'ajustement de nos politiques sociales* ».

[460] Divers acteurs jouent un rôle important dans l'accompagnement des aidants. Le département apparaît comme un acteur essentiel. Les associations ou fédérations nationales représentant les personnes âgées ou les personnes aidées, certaines agissant parfois pour une population spécifique (aidants auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'affections apparentées) sont également à l'origine de projets en faveur des aidants. Des dispositifs, soutenus par les caisses de retraite, existent pour accorder du répit aux aidants. Ils visent notamment à leur permettre d'échanger sur leur quotidien, voire de prendre le relais avec la personne aidée via le baluchonnage (des professionnels viennent au domicile de la personne aidée pour une ou plusieurs nuits).

<sup>50</sup> La santé des aidants, un enjeu de santé publique !, Enquête menée en 2015, Association française des aidants

[461] Le rapport de la députée Joëlle Huiller sur le baluchonnage souligne notamment que pour que la politique en faveur des proches aidants se déploie dans toute son ambition, l'expression de l'aidant doit pouvoir être recueillie et formalisée. Il note que les équipes médico-sociales chargées de l'instruction des demandes d'APA sont à même de jouer ce rôle et que des supports existent pour contribuer à faciliter ces pratiques professionnelles.

[462] Les organismes de protection sociale (notamment la CNAV, la MSA et le RSI) et d'assurance complémentaires développent également des initiatives pour mieux repérer et accompagner les aidants ou participent au financement de projets de ce type.

[463] Les entreprises constituent également des acteurs essentiels tant par leur rôle potentiel dans la conciliation entre le rôle d'aidant et la vie professionnelle que par les actions qu'elles peuvent développer.

[464] La mission n'a pas consulté la plupart des acteurs énumérés ci-dessus mais tenait à les mentionner pour illustrer la dimension sociétale liée aux aidants.

[465] Le tableau ci-dessous présente différentes actions recensées par la mission en faveur des aidants. Il n'est pas exhaustif.

Tableau 13 : Actions en faveur des aidants

	Origine	Financement <sup>51</sup>	Participation financière des bénéficiaires
Prise en charge de la personne âgée lors de l'hospitalisation de l'aidant  Répit de l'aidant  (loi ASV)	Loi ASV	Département par le concours APA2 des crédits de la section II de la CNSA	Participation selon la participation demandée pour l'APA  Critère d'accès = saturation du plan d'aide
Aide au répit par une participation au financement dû par la personne âgée	Département	Département	
Formation des aidants	Département  Associations nationales représentant des personnes aidées ou des aidants	Départements (20%) et crédits CNSA section IV (80%)  Co financement avec parfois crédits de subvention de la CNSA section IV dans le cadre d'un conventionnement	Selon règlement départemental d'aide sociale ou selon projet des associations. Souvent, pas de participation des bénéficiaires
Facilitation de l'accès aux actions de formation par les aidants par prise en charge du transport	Pilote du projet de formation	Cofinancement pilote du projet de formation (Cf. supra) et CNSA selon une répartition 20% 80%	Selon règlement départemental d'aide social ou selon projet des associations. Souvent, pas de participation des bénéficiaires
Soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie  (loi ASV)	Département dans le cadre du programme de la Conférence des financeurs	Co financement département (20%) CNSA (80%) dans le cadre d'une convention spécifique  Ou cofinancement département avec autres membres de la conférence des financeurs dans un cadre conventionnel	Mêmes règles que pour l'octroi de l'APA

<sup>51</sup> La colonne financement indique les modalités possibles de financement. A titre d'illustration, toutes les actions ne bénéficient pas d'un financement systématique de la CNSA



	Origine	Financement <sup>51</sup>	Participation financière des bénéficiaires
Soutien aux aidants, mesure loi ASV	Loi ASV Département - ARS  Département - organisme de sécurité sociale ou tout autre intervenant en faveur des personnes âgées	Convention ARS - département  Convention Département - organisme de sécurité sociale ou tout autre intervenant en faveur des personnes âgées	Selon règlement départemental d'aide sociale
Soutien aux aidants <sup>52</sup>	CNAV, MSA, RSI  Autres organismes de protection sociale et assurances complémentaires, souvent en partenariat avec des associations nationales d'aidant ou de personne aidées	Souvent cofinancement par porteurs de projet	variable
Soutien psychologique, développement du lien social  Groupes de parole  Café des aidants®	Association ou fédération  Association française des aidants	Département  Département avec cofinancement CNSA crédits section IV  Association ou fédération pilote  Souvent cofinancement crédits section IV CNSA et autres financeurs  (exemple : France Alzheimer, association française des aidants)	Selon règlement départemental d'aide sociale ou selon projet développé par l'association.  Souvent, pas de participation des bénéficiaires

<sup>52</sup> Ces mesures peuvent recouper plusieurs autres actions déjà décrites dans le tableau, en particulier les actions d'information, de développement du lien social, de solution de répit autres que celles décrites par la loi ASV...

	Origine	Financement <sup>51</sup>	Participation financière des bénéficiaires
Plateforme d'accompagnement et de répit	ARS, département	ARS par les crédits section I de la CNSA	Pas de participation du bénéficiaire
Développement d'accueils de jour non financés des crédits d'assurance maladie ( <i>création de places en accueil de jour et hébergement temporaire,</i> )	Département	Département	Participation selon règlement départemental d'aide sociale
Développement quantitatif et qualitatif de l'offre de structures de répit financées partiellement par les crédits d'assurance maladie ( <i>création de places en accueil de jour et hébergement temporaire,</i> )	ARS - département	ARS par les crédits section I de la CNSA	Non applicable
Soutien et modélisation d'actions innovantes à destination des couples aidant-aidé, du développement	Département ou porteur de projet	ARS par les crédits section I de la CNSA	Variable
Réflexion et concertation sur l'évolution des contenus de service		Crédit section I de la CNSA	Non applicable
Actions innovantes en direction des aidants	Porteur de projet	Crédits section V de la CNSA	variable
Information  Portail d'information (loi ASV)	Départements, Clic, Associations...  CNSA	Départements et Crédits section IV CNSA  Crédits section V CNSA	
Conciliation avec vie professionnelle	Entreprise souvent dans le cadre de la RSE  Association  Groupes de protection sociale	Porteur de projet éventuellement avec cofinancement	

Source : *Mission*

[466] Ce tableau témoigne de la diversité des acteurs qui s'engagent pour accompagner les aidants. Il montre également que certains circuits de financements sont complexes. A titre d'illustration, un département mettant en œuvre des mesures d'accompagnement aux aidants peut être amené à signer une convention spécifique avec la CNSA alors qu'il signe déjà avec la CNSA une convention comportant des mesures consacrées aux aidants (section IV des crédits de la CNSA). Des simplifications sont nécessaires.

[467] Par ailleurs, outre ces simplifications, un dialogue entre ces différents acteurs qui mettent en œuvre des mesures concernant les aidants apparaît indispensable. Une « Stratégie nationale pour soutenir et accompagner les aidants des personnes en situation de handicap » a été adoptée dans le cadre du comité interministériel du handicap du 2 décembre 2016.

[468] La définition d'orientations nationales et l'élaboration d'un plan aidants, sous l'égide de la DGCS, doivent résulter de cet échange incluant en particulier les représentants des personnes aidées et des aidants, ainsi que les départements.

**Recommandation n°14: Définir des orientations nationales cohérentes visant à accompagner les aidants, en prenant en compte la Stratégie nationale pour soutenir et accompagner les aidants des personnes en situation de handicap, et élaborer, sous l'égide de la DGCS, un plan aidants.**

## 7 CONCLUSION

[469] La loi ASV, dans son volet domicile, comporte différentes mesures qui témoignent d'une volonté d'améliorer la prise en charge sociale et, dans une certaine mesure, médico-sociale, des personnes âgées. Elle vise notamment à améliorer l'accessibilité financière des personnes âgées aux prestations qui vont les aider à vivre à leur domicile, si elles le souhaitent. Le crédit d'impôt sur les emplois à la personne mis en place en janvier 2017 va également dans le même sens. Les efforts d'information, d'évaluation des besoins des personnes âgées comme des aidants constituent également des avancées. Elles demandent des efforts importants de la part des départements, notamment pour réévaluer les plans d'aide. Le rôle du département comme pilote de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie est réaffirmé. La réforme juridique des SAAD permet une vision globale de l'offre. Elle doit donc être considérée comme une première étape d'un processus plus global de réduction des inégalités territoriales. La mise en œuvre de la conférence des financeurs complète le rôle du département qui devient également pilote de la prévention de la perte d'autonomie.

[470] Centrée sur la mise en œuvre des mesures de la loi ASV, l'analyse du rapport souligne que malgré l'intérêt suscité par plusieurs de ces mesures, des difficultés sur le terrain ont été constatées liées :

- au caractère insuffisant des délais de mise en œuvre,
- à la complexité des mesures, qui peut freiner leur mise en œuvre et limiter leur impact effectif sur les personnes âgées,
- à l'hétérogénéité de la mise en œuvre selon les départements qui s'explique à la fois par des politiques différentes de prise en charge des personnes âgées avant la loi et des différences démographiques et économiques.

[471] De ce fait, la sous-consommation des crédits observée en 2016 ne peut être extrapolée aux années futures, notamment du fait de la montée en charge progressive de la loi.

[472] Les délais très courts laissés aux départements pour mettre en œuvre cette réforme particulièrement complexe expliquent pour partie les difficultés rencontrées. Il apparaît indispensable que l'Etat trouve des modalités permettant de mieux associer, à l'avenir, les départements à la préparation des réformes les concernant.

[473] Les propositions de la mission visent à simplifier certaines mesures notamment les obligations redondantes pour les SAAD relatives à la qualité. Elle propose également de revoir les critères de renouvellement de ces structures en concertation avec les acteurs concernés et souligne les liens entre l'offre d'aide à domicile et son financement. Pour la mission, une réforme du financement des SAAD nécessite une approche politique avec la définition de principes préalables puis la proposition de mesures de financement y répondant, et ce, dans le cadre d'une instance réunissant les acteurs concernés.

[474] Enfin, plusieurs dispositions de la loi ASV engagent un processus d'amélioration de l'accompagnement des proches aidants. Il s'agit d'un enjeu de société majeur pour lequel de nombreux acteurs se mobilisent. Cette question doit s'envisager de façon large, en intégrant, comme cela a été souvent mentionné, les aidants des personnes en situation de handicap mais aussi les aidants des personnes vivant avec une maladie chronique invalidante. La définition d'orientations nationales cohérentes visant à accompagner les aidants doit prendre en compte la Stratégie nationale pour soutenir et accompagner les aidants des personnes en situation de handicap. L'élaboration, sous l'égide de la DGCS, d'un plan aidants constitue, pour la mission, une priorité.



## RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Supprimer la distinction APA1 et APA2 au sein du concours APA et répartir ce concours APA entre les départements, soit selon les critères de l'APA1, soit selon des critères négociés avec l'Association des départements de France.	DSS	PLFSS pour 2018 Janvier 2018
2	Informers les actifs et les retraités sur la nécessité d'anticiper les situations de perte d'autonomie, les aides possibles et leur financement.	Organismes de protection sociale, en priorité la CNAV CNSA	2018 Pas de modification législative
3	Revoir les critères de renouvellement des autorisations des SAAD, en concertation avec les acteurs concernés	DGCS	Modification législative
4	Accorder aux départements la possibilité de ne pas exiger de lieu d'accueil dans le département, si le SAAD dispose d'un lieu d'accueil dans un département limitrophe, accessible géographiquement pour les usagers.	DGCS	Modification législative
5	Simplifier le cahier des charges national définissant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SAAD	DGCS	Modification réglementaire
6	Faire converger les dispositifs d'évaluation des besoins sanitaires et sociaux des personnes âgées en tenant compte des différentes temporalités	DGCS	Harmonisation des textes Possibilité d'évaluation conjointe
7	Supprimer le « guide de bonnes pratiques » qui n'a pas été élaboré par l'ANESM et supprimer la référence à ce guide dans les textes réglementaires ou circulaires	DGCS CNSA	Application immédiate
8	Maintenir le caractère facultatif des CPOM et la possibilité d'utiliser d'autres supports contractuels		Pas de modification de texte
9	Supprimer tout fonds exceptionnel mais réintégrer 25 M€ dans la dotation CNSA au titre de la section IV dans les conventions CNSA-Départements portant sur l'aide à domicile	DSS	PLFSS pour 2018 Janvier 2018
10	Dans le cadre d'une instance réunissant les acteurs concernés, déterminer les principes préalables à la réforme du financement des SAAD et proposer les mesures de financement y répondant	Ministre	2017 Pas de modification de texte pour l'instant
11	Simplifier les règles d'éligibilité des aides techniques à un financement par la conférence des financeurs.	DGCS et CNSA	2018 Modification réglementaire

<b>12</b>	Prévoir, à l'intérieur du concours « Autres actions de prévention », une pérennisation des crédits d'ingénierie destinés à la conférence des financeurs	DSS	PLFSS pour 2018 Janvier 2018
<b>13</b>	Permettre un accès aux mesures pour les proches aidants sans condition portant sur la saturation du plan d'aide et sans participation financière de la personne âgée aidée	DGCS	2018 Modification réglementaire
<b>14</b>	Définir des orientations nationales cohérentes visant à accompagner les aidants, en prenant en compte la Stratégie nationale pour soutenir et accompagner les aidants des personnes en situation de handicap, et élaborer, sous l'égide de la DGCS, un plan aidants	DGCS	2018 Modification de texte à définir en fonction des travaux



## **LETTRE DE MISSION**





*Le ministre des affaires sociales  
et de la santé*

*Le ministre de l'aménagement du territoire,  
de la ruralité et des collectivités territoriales*

*Le ministre de l'intérieur*

*La secrétaire d'Etat chargée des personnes âgées  
et de l'autonomie*

Paris, le 24 OCT. 2016

La ministre des affaires sociales et de la santé

Le ministre de l'aménagement du territoire, de la ruralité  
et des collectivités territoriales

Le ministre de l'intérieur

La secrétaire d'Etat chargée des personnes âgées et de l'autonomie

à

Monsieur le chef du service de l'inspection générale des affaires sociales

Monsieur le chef du service de l'inspection générale de l'administration

**OBJET :** Evaluation de la mise en œuvre du volet « domicile » de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, notamment des interactions entre la réforme de l'APA et la situation financière des services d'aide et d'accompagnement à domicile et suivi des effets du fonds d'appui aux bonnes pratiques du secteur de l'aide à domicile.

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et notamment la réforme du régime juridique des services d'aide et d'accompagnement à domicile ainsi que celle de l'allocation personnalisée d'autonomie qu'elle porte, conforte le rôle des conseils départementaux comme chefs de file de la politique gériatrique et partant, du maintien à domicile des publics fragiles sur leur territoire.

Le secteur d'activité des services à domicile connaît depuis plusieurs années des difficultés économiques qui ont conduit le gouvernement à soutenir les services par plusieurs fonds de restructuration depuis 2012. Le montant total de ces fonds entre 2012 et 2016 s'élève à 155 M€. Un nouveau fonds de 50 M€ est en outre prévu pour 2017. Sa finalité est cependant élargie et vise également le soutien aux bonnes pratiques conjointes du secteur de l'aide à domicile et des départements.

Outre ce soutien aux services à domicile, le gouvernement privilégie le développement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) qui assurent une prise en charge globale des personnes vulnérables afin d'organiser une réponse coordonnée et complète aux besoins de ces personnes à leur domicile, notamment dans le cadre expérimental d'organisation intégrée prévue par l'article 49 de la loi ASV.

En outre, pour favoriser le développement de bonnes pratiques des services à l'égard des publics accompagnés, comme des départements dans la fixation des tarifs de référence de l'APA par exemple, il est prévu en 2017 la mise en œuvre d'un fonds spécifique de 50 M€.

La réforme de l'APA, dont les contours ont été précisés par le décret n° 2016-210 du 26 février 2016, a pour objectif de permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie qui le peuvent et qui le souhaitent de rester le plus longtemps possible et dans les meilleures conditions à leur domicile.

Elle vise notamment à mieux prendre en compte des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, à travers l'évaluation multidimensionnelle de leur situation et de leurs besoins, la revalorisation des plafonds nationaux des plans d'aide, l'exonération de la participation financière des bénéficiaires percevant jusqu'à 800 euros de revenus (soit le niveau de l'allocation de solidarité aux personnes âgées) et l'allègement du reste à charge des bénéficiaires dont les plans d'aide atteignent un montant supérieur à 350€ par mois.

Elle a pour objectif également de soutenir les proches aidants, en particulier ceux qui accompagnent les bénéficiaires de l'APA, à travers la mise en œuvre d'une évaluation systématique de leur situation et de leurs besoins permettant de leur proposer des dispositifs adaptés et la mise en place d'un module dédié au répit de l'aidant. En outre, un dispositif de relais en cas d'hospitalisation de l'aidant permet, sous certaines conditions, de majorer le plan d'aide au-delà des plafonds nationaux de l'APA.

Enfin, elle vise à optimiser la gestion de l'APA par la simplification de son attribution et de son versement. Il est ainsi possible de forfaitiser l'APA et la participation financière en cas de recours à un service d'aide à domicile financé par forfait global dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. L'obligation pour les départements de mettre en place une commission de proposition et conciliation est supprimée. Les règles de versement direct de l'APA aux prestataires sont assouplies. L'information du bénéficiaire est renforcée.

La loi ASV fixe le principe de la compensation aux départements des coûts liés à cette réforme. Cette compensation est mise en œuvre, suivant les modalités fixées par le décret n° 2016-212 du 26 février 2016, à travers la création d'une seconde part de concours APA, versée par la CNSA dans le cadre de la section II de son budget, abondée à cet effet par une fraction du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA).

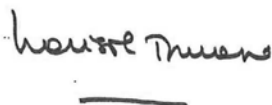
Dans ce contexte, après avoir mesuré les effets et les limites des démarches entreprises à l'égard des services à domicile jusqu'à l'intervention de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement fin 2015, vous voudrez bien vous attacher à évaluer :

- les conditions et les effets de la mise en œuvre de la réforme de l'APA et de son financement sur l'ensemble du territoire, notamment à partir d'enquêtes ad hoc auprès des départements et par l'exploitation des données remontées par les départements dans le cadre de l'enquête trimestrielle sur l'APA conduite par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Il s'agit en particulier de mesurer l'impact de la réforme de l'APA tant sur le reste à charge des bénéficiaires, que sur la diversification et l'effectivité des plans d'aide et l'évolution de leur montant ;
- l'interaction de cette réforme avec la situation économique des services à domicile. Vous examinerez notamment l'impact de la réforme de l'APA sur l'activité des services à domicile et les évolutions le cas échéant apportées par les départements aux tarifs de référence de l'APA ;
- les effets immédiats et futurs de la réforme du régime juridique des services à domicile opéré par les articles 46 à 48 de la loi, sur l'organisation territoriale de l'offre d'aide à domicile et à leur politique de tarification des services à domicile ;
- les apports du modèle social et économique des SPASAD, en application des expérimentations prévues par l'article 49 de la loi, portant sur l'amélioration de la qualité de l'accompagnement des bénéficiaires, la situation des professionnels y exerçant et les éventuelles économies d'échelle réalisables au regard de la mutualisation des moyens, ainsi que les enseignements à en tirer le cas échéant s'agissant des services à domicile ;
- les modalités de recours au fonds d'appui aux bonnes pratiques pour 2017 au fur et à mesure de son utilisation en analysant notamment les tarifs fixés par le département, les modes d'intervention préconisés, les engagements des services en terme de qualité d'accompagnement des publics mais également d'efficacité de leur organisation, l'impact des financements apportés par la conférence des financeurs au titre des actions de prévention collective des services à domicile.

Un premier rapport d'étape est attendu à la fin de l'année 2016, s'agissant d'une part des effets de la réforme du régime juridique des services d'aide à domicile et de l'interaction entre la réforme de l'APA et la situation des services de façon notamment à préparer le rapport du Gouvernement au Parlement prévu à l'article 86 de la loi qui doit être remis au parlement par le Gouvernement, au plus tard 18 mois après la promulgation de la loi, à l'issue d'une analyse conjointe de l'Etat et des départements.

Les points suivants donneront lieu à un second rapport d'étape à la fin du premier trimestre 2017 et un rapport final au dernier trimestre de cette même année, ce qui permettra en outre de nourrir le rapport du Gouvernement au Parlement prévu à l'article 49 de la loi.

La mission pourra s'appuyer sur les services de la direction générale de la cohésion sociale et de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et veillera à associer tous les acteurs nécessaires notamment les représentants des départements et des services d'aide à domicile et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.



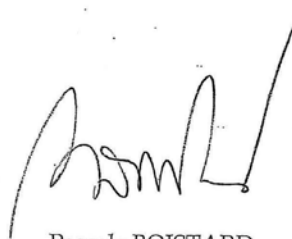
Marisol TOURAINE



Jean-Michel BAYLET



Bernard CAZENEUVE



Pascale BOISTARD

## LISTE DES PERSONNES RENCONTREES<sup>53</sup>

### Cabinets

#### **Cabinet de la Ministre des solidarités et de la santé**

Aude Muscatelli, directrice adjointe

#### **Cabinet de la Ministre des affaires sociales et de la solidarité**

Etienne Champion, directeur de cabinet

Benjamin Ferras, directeur adjoint du cabinet

#### **Cabinet de la Secrétaire d'Etat en charge de l'autonomie et des personnes âgées**

Julien Tiphine, directeur de cabinet

Pauline Sassard, conseillère

### Directions de l'Etat ou établissements publics

#### - **Ministère chargé des affaires sociales**

#### **Direction générale de la cohésion sociale (DGCS),**

Jean-Philippe Vinquant, directeur général,

Cécile Tagliana, adjointe au directeur général, cheffe de service des politiques sociales et médico-sociales,

Nathalie Cuvillier, sous-directrice de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées

Dominique Renard, adjointe à la sous-directrice de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées

Nadia Arnaout, cheffe de bureau droits et aides à la compensation

Rémi Duflos, chargé de mission

Laurence LAVY, cheffe du bureau de la prévention de la perte d'autonomie et du parcours de vie des personnes âgées

#### **Direction générale de l'offre de soins (DGOS) :**

Marie-Anne Jacquet, sous-directrice du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soin,

Samuel Delafuys, chargé de mission

Mouloud Yahmi, chargé de mission

---

<sup>53</sup> Dans certains cas, les échanges ont eu lieu par téléphone. Par ailleurs, les personnes rencontrées lors de la première phase de la mission figurent également dans la liste



**Direction de la recherche de l'évaluation des études et des statistiques**

Patrick Aubert, sous-directeur de l'observation de la solidarité

Rémy Marquier, adjoint au sous-directeur de l'Observation de la solidarité

Malika Zakri, adjointe à la cheffe du bureau "handicap, dépendance"

Delphine Roy, cheffe du bureau du handicap et de la dépendance,

Rémi Marquier, chef du bureau des collectivités locales,

**Direction de la sécurité sociale (DSS) :**

Alexandre Farnault, chef de projet

Adeline Townsend,

**Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) :**

Elisabeth Fery-Lemonnier, chargée de mission auprès du secrétaire général

Malik Lahoucine, chargé de mission auprès du secrétaire général

Patrick Risselin, chargé de l'évaluation des performances des ARS et de leurs missions dans le champ médico-social

**- Ministère de l'économie et des finances**

**Direction générale des entreprises**

Gilles Dumont, chef de la mission des services à la personne

**- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie**

Geneviève Gueydan, directrice,

Stéphane Corbin, directeur de la compensation,

Etienne Deguelle, adjoint au directeur de la compensation

Sylvain Turgis, directeur des affaires générales et financières

**- Caisse nationale de l'assurance-vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS)**

Renaud Villard, directeur général

Antonin Blanckaert, directeur national de l'action sociale

Laurent Tarrieu, responsable du pilotage budgétaire et de la convention d'objectifs et de gestion

- **Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) :**

Didier Charlanne, directeur

Delphine Dupré-Lévêque, responsable du secteur personnes âgées

- **Assemblée des départements de France (ADF)**

Frédéric Bierry, président du conseil départemental du Bas-Rhin, président de la commission solidarité et affaires sociales

Pierre Monzani, directeur général,

Jean-Michel Rapinat, conseiller en charge des politiques sociales

- **Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements et métropoles (ANDASS)**

Roland Giraud, président

- **Observatoire national de l'action sociale (ODAS)**

Didier Lesueur, délégué général adjoint

Claudine Padieu, directrice scientifique

Estelle Camus, chargée d'études autonomie

- **Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG)**

Jean-Pierre Aquino, délégué général

## **Agences régionales de santé**

- **ARS Pays de la Loire**

Laurent Dekout, chargée de projet à la délégation territoriale de Loire Atlantique

Delphine Martineau, responsable de l'unité personnes âgées

Vincent Michelet, département coopérations et parcours de santé

Marie-Hélène Neyrolles, déléguée territoriale de Loire Atlantique

Laurence Pesrin, chargée de projets médico-sociaux

## Conseils départementaux

### - Ain

Thierry Clément, directeur, directeur général adjoint solidarité

### - Alpes de Haute-Provence

Roland Ruzafa, pôle solidarités, chef du service vieillesse-handicap

### - Aude

Samuel Fournier, directeur général des services

Audrey Di Majo, directrice du service personnes âgées, personnes handicapées

### - Bas-Rhin

Michèle Eschlimann, vice-présidente

Bénédicte Autier, directrice de la mission l'autonomie

Raphaël Eyl-Mazzega, directeur adjoint de la mission de l'autonomie

Raphaëlle Fritsch, directrice du secteur instruction paiement contrôle

Michèle Herrmann, directrice du secteur accompagnement et évaluation – Maison de l'autonomie

Anne-Lise Bourger, responsable du service administratif et financier

Erna Jung, responsable des services des établissements

Kim Liem, responsable du service Evaluation de l'autonomie à domicile

Eric Mallet, coordination services évaluation à domicile

Anaïs Spindler, chargée de mission conférence des financeurs

### - Bouches-du-Rhône

Martine Cros, directrice des personnes âgées et des personnes handicapées

### - Côte d'Or

Xavier Barrois, directeur général des services

Christophe Bergery, directeur général adjoint

Jean-Yves BUFFOT, Pôle Solidarités, Direction Accompagnement à l'Autonomie, directeur adjoint

Jérôme Pélissier, directeur de l'accompagnement et de l'autonomie

- **Doubs**

Gilles Da Costa, directeur général des services

Thierry Chauville, directeur de l'autonomie

Odile Delevoye, directrice de l'autonomie,

Anissa Debouche, responsable du pôle handicap et dépendance de Besançon

Dr Sabrina Gautherot, responsable du pôle handicap et dépendance (PHD) de Pontarlier

- **Gironde**

Laurent Carrié, directeur général des services

Pascal Gouffier, directeur général adjoint en charge de la solidarité

Stéphane Auzilleau, directeur du pôle autonomie,

Hervé Bouchain, directeur de la mutualisation et des actions transversales au sein du pôle autonomie,

Christine Trévisiol, directrice des actions pour l'autonomie au sein du pôle autonomie

- **Loire Atlantique**

Annaig Cotonnec, vice-présidente au vieillissement et aux personnes âgées

Franck Perinet, directeur général des services

Jérôme Jumel, directeur général adjoint des services

Mariette Mosset, directrice personnes âgées, personnes handicapées

Pascale Midavaine, chef du service personnes âgées

Marina Bacheler, adjointe du chef de service solidarité

Blandine Menan, suivi des services au sein du service personnes âgées

- **Marne**

René-Paul Savary, président,

Isabelle Debailleul, directrice de la solidarité départementale

Damien Collard, chef du service solidarité, grand âge et handicap

- **Meurthe et Moselle**

Stéphanie Ten Eyck, directrice générale des services

Marie-Annick Helfer, directrice de l'autonomie,

Marie Dia Enel, adjointe à la directrice de l'autonomie,

Vincent Konsler, en charge de l'APA à domicile au sein du pôle gestion des prestations individuelles

- **Nord**

Geneviève Mannarino, vice-présidente du conseil départemental en charge de l'autonomie

Christophe Picard, directeur général des services

Evelyne Sylvain, adjointe au directeur général adjoint en charge de la solidarité

Cédric Hardy, directeur de la direction de l'offre de service d'aide à l'autonomie

Sarah Cossart, responsable du service financement et modernisation des services d'aide à domicile

Gwénaëlle Carbajal, adjointe au directeur de l'accès à l'autonomie

- **Oise**

Sophie Levesque, vice-présidente chargée des personnes âgées et handicapées

Eric Bellamy, directeur général adjoint des services

Céline David-Gallois, directrice de l'autonomie

Luc Rollet, directeur territorial de l'Oise

Isabelle Détrée, directrice adjointe offre et qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (ESSM), direction de l'autonomie des personnes

Marlène Boutin, directrice-adjointe suivi et contrôle des prestations

Dalhia Barboux, responsable autonomie des personnes

Séverine Waldman, responsable autonomie des personnes

Catherine Paratte, gestionnaire du suivi de l'activité et du dispositif contrôles et signalement

Karine Messenger, chef de service de l'offre ESSMS

Eléonore Lyon, chargée d'évaluation et développement des ESS

Aïcha Laouedj, chargée de mission sur la conférence des financeurs

- **Seine Maritime**

Agnès Firmin-Le Bodo, vice-présidente en charge de l'action sociale

Frédéric Fievet, directeur général des services

Anne Gireau, directrice générale adjointe aux solidarités

Sylvie Leblond, directrice de l'autonomie

Nathalie Guilleux, cheffe du service d'aide au maintien à domicile

Dorothee Cros, direction de l'autonomie

Anita Vallée, direction de l'autonomie

- **Seine-et-Marne**

Véronique Gérard, directrice principale de l'autonomie

Françoise Raymond, directrice des personnes âgées et des personnes handicapées

- **Val-de-Marne**

Nadia Laporte Phoeun, directrice de l'autonomie

Claudie Bertrand-Laroche, cheffe du service information, évaluation, coordination,

Christine Herlbert, responsable de l'évaluation

Laurence Planchais, cheffe de service « projets et structurés »

Nelly Rakévitch, chargée de mission SAAD et conférence des financeurs

- **Val d'Oise**

Guy Kauffmann, directeur général des services

Laurent Schléret, directeur général adjoint chargé de la solidarité

Sylvie Rolland, directrice de la direction des personnes âgées

**Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT)**

Fabienne Lutz, responsable action sociale collective CARSAT Alasce Moselle

Fabienne Rigaut, directrice de la CARSAT de l'Oise

**Fédérations nationales représentants des services d'aides et d'accompagnement à domicile (SAAD)**

- **ADESSADOMICILE**

Hugues Vidor, directeur général

Didier Duplan, directeur général adjoint

Delphine Guilet, conseillère technique personnes âgées/personnes handicapées

- **Union nationale Aide à domicile en milieu rural (ADMR)**

Christian Fourreau, directeur adjoint en charge de la gestion et des finances

Maud Collomb, directrice adjointe

Thierry d'Abboville, secrétaire général

- **Croix Rouge Française**

Ingrid Lauvray, déléguée nationale filière « personnes âgées »

Céline Blondeau, chef de projet filière domicile, direction des métiers sanitaires, sociaux et médico-sociaux

- **Fédération française des services d'aide à la personne de proximité (FEDESAP)**

Amir Reza-Tofighi, président

Franck Nataf, vice-président

Julien Jourdan, directeur général

Régis Granet, directeur juridique

- **Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Assistances Privés (FEHAP)**

Antoine Perrin, directeur général

Julien Moreau, directeur du secteur social et médico-social

Adeline Leberche, directrice du secteur médico-social

Celia Valero, conseillère santé social, personnes âgées

Camille Kerebel, pôle social et médico-social

- **Fédération des particuliers employeurs de France (FPEM)**

Marie-Béatrice Levieux, présidente

Magali Nijdam, directrice des affaires publiques

Audrey Piton, responsable de la filière dépendance

Adrien Dufour, responsable des relations institutionnelles

- **Fédération des entreprises de services à la personne (FESP)**

Olivier Peraldi, directeur général,

Mehdi Tibourtine, responsable juridique

Christome Dalibert, directeur général de la maison des services à la personne

Guillaume Staub, président de la commission maintien à domicile

- **Fédération hospitalière de France (FHF)**

David Gruson, délégué général,

Annie Lelièvre, responsable du pôle autonomie

- **Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA)**

Damien Cacaret, président,



Mme Arnaiz-Maumé, déléguée générale

Nicolas Hurtiger, administrateur Synerpa domicile

Guy Fontaine, responsable du pôle domicile et résidences services seniors

- **Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)**

Line Lartigue Doucouré, directrice santé-personnes âgées

Pascale Weill, Directrice Petite enfance-Famille-Handicap

Vincent Vincentelli Responsable de la réglementation des secteurs d'activité

- **Union nationale des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (UNCCAS)**

Benois Calmels, délégué général

Amandine Descamps

- **Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS)**

Jérôme Voiturier, directeur général

Caroline Selva, conseillère technique autonomie et citoyenneté des personnes en situation de handicap et personnes âgées

Marc Raynaud, conseiller technique tarification gestion régulation

## **Organismes d'aides à domicile départementaux**

- **Côte d'Or, SAAD**

Lionel Meunier, Mutualité française Bourgogne, directeur du pôle SAPF, FB SSAM (ATOME)

Cédric Chazal, directeur général de l'association ADMR Côte d'Or

Eric Brun, gérant SARL RAZIN réseau VITAMINE

Cédric Chazal, directeur général de l'association ADMR Côte d'Or

Marie-Cécile Dard, président UNIDOM 21

Corinne Girard, directrice UNIDOM 21

Christine Salagnac, conseillère technique qualité UNIDOM 21

Pierre Lajugie, Mansart Services

Alice Dodeur, assistante de gestion, Mansart Services

Stéphanie Triviez, gérante de 123 Services à dom

Céline d'Introne, assistance de direction de 123 Services à dom

Claude Zehler, gérant SARL Bien-être et vie

Olivier Terrade, directeur général de l'association FEDOSAD

- **Nord, SAAD**

José Loison, directeur de la maison de l'aide à l'autonomie

Arnaud Fauquette, directeur de Vivat, référent de la fédération des services à la personne (FESP)

- **Pays de la Loire SAAD**

François Batard, président de l'ADEF (aide à domicile-emploi familiaux)

Françoise Rajot, vice-présidente de l'ADEF

Jeannette Bossard, directrice de l'ADEF

Annie Blot, directrice de l'AAPAMI (association d'aide aux personnes âgées malades invalides)

Patrick Moreels, directeur de l'ANAF (association nantaise d'aide familiale)

Véronique Gouret, directrice de l'association Domus

Geoffroy Verdier, directeur de l'association ADT (Aide à domicile pour tous)

Lucy Agudelo, responsable de gestion à l'association Vie Harmonieuse

Catalina Paz, responsable de gestion à l'association Vie harmonieuse

Virginie Deshaies, association Aide familiale populaire de Loire Atlantique (AAFP)

Richard Paul, association Aide familiale populaire de Loire Atlantique (AAFP)

Martine Lebaill, association Aide familiale populaire de Loire Atlantique (AAFP)

Jacques Le Creff, président de l'ADAR 44 (Association Départementale d'Aide à Domicile en Activités Regroupées)

Elisabeth Diridollou, trésorière de l'ADAR 44

Marie-Thérèse Cusommeau, présidente de la communauté des communes de Sèvres et Loire

Rene Baron, vice-président de la communauté des communes de Sèvres et Loire

Anne-Marie Gravouil, présidente de l'ADMR fédération de Loire Atlantique

Armette de Linares, responsable de La Fée Services

Solen Goudeau, responsable de Titi services

Marcelle Le Bot, responsable de Adhap'services

Laurent Béjard, directeur de l'association AAD, Paus de Redon

Philippe Gallen, président de la SAS Hygie 44

- **Pays de la Loire SPASAD**

Yoann Boisseau, SPASAD Anjou soins et services accompagnement

Delphine Mazet, SPASAD Développement mutualité retraite

Nathalie Bernard, SPASAD AMAD du littoral

## **Représentants des usagers**

- **Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA)**

Sylvain Denis, président

- **Association nationale des aidants**

Florence Leduc, présidente

## **Personnalités qualifiées**

Christine Branchu, membre de l'IGAS,

Anne Bruant-Bisson, membre de l'IGAS,

Georges Labazée, sénateur des Pyrénées atlantiques

Bernard Ennuyer, ancien directeur d'un service d'aide et de soins à domicile, docteur en sociologie, enseignant chercheur à l'université Paris-Descartes,

Laurent Gratieux, membre de l'IGAS

Thierry Leconte, membre de l'IGAS

Pierre Naves, membre de l'IGAS.

Olivier Saint-Jean, gériatre au centre hospitalier Georges Pompidou, gestionnaire du réseau ville-hôpital des 7°, 15° et 16° arrondissements de la Ville de Paris

## **Inspection générale des finances**

Laurent Vachey

Jérôme d'Harcourt

Céline Kerenflec'h

Samuel Chaumet

## **Cour des comptes**

Christian Carcagno

Sylvie Boutereau-Tichet



# BIBLIOGRAPHIE

Mission relative aux difficultés financières de l'aide à domicile et aux modalités de tarification et d'allocation de ressources des services d'aide à domicile pour publics fragiles », mission confiée par Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre des solidarités et de la cohésion sociale à Bérengère Poletti, députée des Ardennes, janvier 2012

« Impact de la mise en œuvre du crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) sur la fiscalité du secteur privé non lucratif » établi par Yves Blein, député du Rhône, Laurent Grandguillaume, député de la Côte d'Or, Jérôme Guedj, député de l'Essonne, Régis Juanico, député de la Loire, Parlementaires en mission auprès du Premier ministre, Avec l'appui de Adeline Rouzier-Deroubaix Inspectrice des affaires sociales Vincent CLAUDON Inspecteur des Finances, décembre 2013

« Mission relative à la tarification et aux perspectives d'évolution des services d'aide et d'accompagnement à domicile », mission confiée par le Premier ministre à Monsieur Georges Labazée, sénateur des Pyrénées Atlantiques, mars 2017

« Du baluchonnage québécois au relayage en France : une solution innovante de répit », mission confiée par le Premier ministre à Joëlle Huillier, Députée de l'Isère, mars 2017

« Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie », Cour des comptes et Chambres régionales et territoriales des comptes, « Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie », juillet 2016

« Mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles », Anne Bruant-Bisson, Jacques-Bertrand de Reboul, Philippe Aube Martin, Rapport IGAS-IGF, octobre 2010

« Evaluation des expérimentations relatives à la tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile » (SAAD), Christine Branchu, Vincent Jaouen, Pierre Naves, Rapport IGAS, avril 2015

« Aide à domicile aux personnes âgées et aux personnes handicapées par les SAAD prestataires : le guide des bonnes pratiques », Ministère des affaires sociales et de la santé, Secrétariat d'Etat chargé des personnes âgées et de l'autonomie, novembre 2016

« Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix », Les dossiers de la DREES, n°1, mars 2016

« Le non-recours à l'APA à domicile vu par les professionnels de terrain », Les Dossiers de la DREES, n° 10, décembre 2016

« L'aide et l'action sociales en France », Panoramas de la DREES, édition 2017

« Les bénéficiaires de l'allocation personnalisées dans les départements », INSEE focus, décembre 2016

« Dépenses départementales d'action sociale en 2016 : des résultats en trompe l'œil », La lettre de l'ODAS, mai 2017

« Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie », édition 2016, CNSA

« Étude de la politique de l'aide aux aidants et évaluation des dispositifs d'aide aux aidants », CNSA, ENEIS Conseil, octobre 2015

« Etude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts », DGCS-CNSA, ENEIS Conseil, mai 2016

Bernard Ennuyer, « Repenser le maintien à domicile », DUNOD, 2014

Robert Hagmann, « Vieillir chez soi : un libre choix », 18eme Rencontres parlementaires sur la longévité, Paris, 28 novembre 2011

Dominique Somme et alii, « 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 de cas », Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 56 (2008) 54-62

Olga Theou et alii, "Operationalization of Frailty Using Eight Commonly Used Scales and Comparison of Their Ability to Predict All-Cause Mortality", Journal of the American Geriatrics Society, September 2013, VOL. 61, N° 9

# SIGLES UTILISES

ADF	Assemblée des départements de France
ADESSA	
ADMR	Aide à domicile en milieu rural
AGEFOS PME	Fonds d'assurance formation interprofessionnel et national dédié aux petites et moyennes entreprises
AGGIR	Autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANDASS	Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements et des métropoles
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
ASIP	Agence des systèmes d'information partagés de santé
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
ASV	Adaptation de la société au vieillissement
BAD	Branche à domicile
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CASA	Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CICE	Crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi
CITS	Crédit d'impôt de taxe sur les salaires
CLIC	Centres locaux d'information et de coordination
CNAVTS	Caisse nationale de l'assurance-vieillesse des travailleurs salariés
CNFPT	Centre national de la fonction publique territoriale
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNRPA	Comité national des retraités et personnes âgées
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectif et de moyens
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale



DGE	Direction générale des entreprises
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DREES	Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMS	Equipe médico-sociale
FEPEM	Fédération des particuliers employeurs de France
FEDESAP	Fédération française des services d'aide à la personne de proximité
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FHF	Fédération hospitalière de France
FESP	Fédération des entreprises de services à la personne
GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
GIR	Groupe iso-ressource
IGA	Inspection générale de l'administration
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
LFR	Loi de finance rectificative
LPPR	Liste des produits et prestations remboursables
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
MTP	Majoration pour tierce personne
NOVA	Base de données nationale des organismes de service à la personne
ODAS	Observatoire national de l'action sociale
OPCA	Organisme paritaire collecteur agréé
PAERPA	Programme pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PLF	Projet de loi de finances
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PNAPPA	Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie
RAI	Résident Assessment Instrument ("Méthode d'évaluation du résident")
SAAD	Services d'aide et d'accompagnement à domicile
SFGG	Société française de gériatrie et de gérontologie
SGMAS	Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
SIEG	Service d'intérêt économique général
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
SPASAD	Services polyvalents d'aide et de soins à domicile

SYNERPA	Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées
UNA	Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles
UNCCAS	Union nationale des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale
UNIOPSS	Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux