



Inspection générale
des affaires sociales
RM2009-035P

Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées

RAPPORT DEFINITIF

Établi par

Michel RAYMOND

Bernadette ROUSSILLE

Hélène STROHL

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Juillet 2009 -

Synthèse

L'enquête sur le contrôle de la qualité de service des opérateurs de l'aide à domicile est une mission inscrite au programme annuel 2008 de l'IGAS par le comité des pairs ASSAG. Elle a été effectuée entre novembre 2008 et février 2009 par Mesdames Bernadette Roussille et Hélène Strohl et monsieur Michel Raymond, inspecteurs généraux des affaires sociales.

Cette enquête faisait suite au contrôle effectué par messieurs Stéphane Paul et Roland Olivier sur six fédérations départementales et l'Union nationale des associations de l'aide à domicile en milieu rural, (ADMR). Il avait semblé, en effet, important que l'inspection se penche sur les modalités d'intervention et notamment sur la qualité du service réel rendu de l'ensemble des opérateurs œuvrant sur un département. Conçue au départ comme très large, incluant l'ensemble des services à la personne, l'enquête a été volontairement restreinte par les membres de la mission au secteur de l'aide à domicile en direction des personnes âgées de plus de 70 ans et/ou dépendantes, c'est-à-dire ayant vocation à voir l'aide dont ils disposent financée par l'allocation personnalisée d'autonomie payée par le département.

En effet, si l'ensemble des emplois dans les services à la personne ressortissent d'une même législation concernant leur développement (la loi de 2005 notamment), les services délivrés aux personnes âgées et/ou dépendantes ressortissent aussi de la loi du 2 janvier 2002, relative aux établissements et services sociaux et médico-sociaux. De plus, leur financement public cumule des déductions fiscales et sociales et celui relatif à la dépendance.

Enfin, aux termes de la dernière loi de décentralisation, la politique en faveur des personnes âgées a été confiée, pour son organisation et la coordination des opérateurs au département, ce qui n'est pas le cas d'autres politiques touchés par l'extension des services à la personne (garde d'enfants notamment).

1. DEROULEMENT DE LA MISSION

Après avoir rencontré les instances administratives nationales et les têtes de réseau des opérateurs associatifs ou entreprises privées à but lucratif, la mission s'est rendue dans trois départements, l'Ain, les Hauts de Seine, les Pyrénées Orientales.

Dans chacun de ces départements, la mission a réuni en trois groupes successifs, les services de l'Etat et des organismes de retraite, les services du conseil général, les opérateurs et dans deux départements également des représentants des associations d'usagers.

2. LE CONSTAT TIENT EN QUATRE POINTS :

2.1. *La problématique de la qualité est particulièrement difficile dans le domaine des services à domicile pour les personnes âgées.*

D'une part, parce que le domicile avec ses particularismes et le risque d'intrusion dans l'intimité des personnes complique la normalisation des interventions. D'autre part, parce qu'on a à faire à un public pour part à faible solvabilité et que donc, toute amélioration de la qualité qui se traduit par une hausse du prix des prestations, produit un effet d'éviction des personnes âgées les plus pauvres.

Paradoxe du secteur : plus les personnes ont besoin d'un grand nombre d'heures d'aide à domicile du fait de leur état de grande dépendance, plus elles auraient aussi besoin que ces heures soient encadrées et donc effectuées par des opérateurs prestataires. Mais la quantité d'heures nécessaire oblige souvent dans ces cas de recourir au salariat de gré à gré pour des raisons de coût.

2.2. *La qualité est pourtant affirmée à tous les stades*

L'aide à domicile pour les personnes âgées ressortit de deux législations : soit il s'agit d'opérateurs privés ou publics, prestataires et autorisés aux termes de la loi du 2 janvier 2002, par le Conseil général, soit ils ont opté pour l'agrément qualité, délivré dans le cadre de la législation relative aux services à la personne par le DDTEFP. Dans les deux cas, les exigences de qualité, relatives notamment aux droits des bénéficiaires, sont les mêmes.

Ces exigences légales sont de plus réaffirmées par des textes et des procédures, dont celles relatives à l'évaluation. Enfin, les organismes eux-mêmes ont mis en place des dispositifs de certification ou plus simplement d'octroi de labels ou de référencements qui reprennent toujours les mêmes normes.

2.3. *Une intervention sur la qualité peu opératoire*

Il a semblé à la mission que ces démarches s'empilaient sans réelle valeur ajoutée. L'approche est souvent essentiellement procédurale, les contrôles et audits sont faits sur pièce et jamais sur place auprès du bénéficiaire. Le coût de ces procédures est élevé, dans un domaine dont on sait qu'il est très sensible à tout surcoût.

Les fondements d'une démarche qualité cohérente pour tous les opérateurs ne sont pas acquis, notamment parce que le cadre législatif est incohérent et que le cadre conventionnel n'est pas abouti : pour l'instant, seuls les opérateurs à but non lucratif sont en passe de disposer d'une convention collective unique ; les opérateurs privés à but lucratif n'en sont qu'en début de négociation. Dans un certain nombre de cas, seule la convention collective des salariés de particuliers employeurs paraît adaptée (travail de nuit notamment), si bien que les opérateurs travaillent pour les mêmes bénéficiaires et avec les mêmes salariés en mode prestataire et en mode mandataire.

Or ni le niveau de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA), ni même la logique de la grille d'évaluation de la dépendance AGGIR ne permettent d'évaluer la capacité des personnes à coordonner leurs aidants ou à leur substituer un service assurant cette coordination. La cohérence des plans d'aide se heurte à la limite de leur financement.

2.4. *Un contrôle défaillant*

Si les textes législatifs et réglementaires, sans compter les circulaires nombreuses et copieuses, ne manquent pas, leur application n'est pas bien contrôlée.

Pourtant, la décentralisation qui a confié au département l'animation et la coordination de la politique en faveur des personnes âgées et la liquidation et le financement partiel de l'APA n'a pas privé l'Etat de ses prérogatives en matière de contrôle. Les DDASS, en particulier, restent compétentes pour le contrôle de toute appréciation de la sécurité, de la santé et du bien être physique et moral des personnes âgées. La DDTEFP est compétente pour contrôler que les opérateurs obéissent bien aux exigences fixées par l'agrément qualité. La direction départementale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes intervient pour protéger le consommateur, en particulier contre tout démarchage abusif, toute tromperie dans le contrat et l'information, et pour garantir le respect des règles relatives à la concurrence.

Ces contrôles ne sont pas tous effectués et, surtout, ils ne le sont pas de manière coordonnée et conjointe, même si des tentatives en ce sens se font jour dans certains départements.

Quant au conseil général, il n'a que peu de pouvoir direct sur les opérateurs, auxquels il peindra à retirer une autorisation accordée pour 15 ans et ne pourra pas retirer un agrément qualité. En revanche, ses services et notamment les équipes APA sont les mieux placés pour suivre la qualité et l'effectivité de l'exécution du plan d'aide.

La mise en place de systèmes tels le CESU social et la télégestion permettent de contrôler l'effectivité de l'intervention, mais doivent être complétés par un suivi de la qualité.

3. DES PROPOSITIONS VISANT A SIMPLIFIER LE PAYSAGE JURIDIQUE, A RENFORCER LE CONTROLE ET A CONFIER AU CONSEIL GENERAL LA RESPONSABILITE DE LA QUALITE DE L'INTERVENTION AUPRES DES BENEFICIAIRES.

L'ensemble de propositions faites par la mission obéit à une logique simple : limiter les normes et les exigences nationales, mais en contrôler l'application pour réduire les risques de non qualité, et promouvoir la qualité au niveau de la proximité. A cette fin, l'objectif est de responsabiliser les départements en les incitant, d'une part à améliorer la qualité des services fournis par l'organisation et l'articulation des équipes APA et CLIC et par une politique de conventionnement avec les opérateurs et d'autre part à fournir aux usagers un système de recours et de traitement des plaintes réactif et efficace.

Les grandes recommandations sont donc les suivantes :

- Réduire à un seul les deux régimes législatifs sous lesquels interviennent les opérateurs et de préférence privilégier le régime de l'agrément qualité, dont le champ est plus vaste.
- Mettre un terme à la prolifération des évaluations et certifications variées et favoriser un contrôle par les services de l'Etat de l'application de la loi et un contrôle de l'effectivité par le Conseil général en se servant des technologies modernes.
- Aménager les conditions de calcul de l'APA pour améliorer la qualité des prestations fournies, en cohérence avec les revenus des bénéficiaires.
- Promouvoir la qualité en améliorant pour les intervenants leur encadrement, l'acquisition de compétences, le soutien. Pour cela, inciter les Conseils généraux à développer une politique de conventionnement entre les départements et les opérateurs qui affiche des objectifs simples et adaptés aux conditions locales.

Un tel renforcement de la « responsabilité qualité » du département, peut favoriser une dynamique locale de qualité au niveau des bassins de vie : à travers l'organisation et la coordination des équipes APA et CLIC en réseau avec les opérateurs ; le développement de l'accueil de jour, le partenariat entre établissements et services, ainsi que par la création de comités consultatifs d'usagers, pour mieux recenser et traiter les remarques, critiques ou plaintes sur la qualité de service.

Sommaire

SYNTHESE	3
1. DEROULEMENT DE LA MISSION	3
2. LE CONSTAT TIENT EN QUATRE POINTS :	3
3. DES PROPOSITIONS VISANT A SIMPLIFIER LE PAYSAGE JURIDIQUE, A RENFORCER LE CONTROLE ET A CONFIER AU CONSEIL GENERAL LA RESPONSABILITE DE LA QUALITE DE L'INTERVENTION AUPRES DES BENEFICIAIRES.....	5
ENQUETE SUR LE CONTROLE DE LA QUALITE DE SERVICE DES OPERATEURS DE L'AIDE A DOMICILE	9
1. UNE DEMARCHE QUALITE DIFFICILE A DEVELOPPER.....	10
1.1. <i>Les situations de vie des personnes âgées dépendantes, un défi à la qualité de l'aide</i>	<i>10</i>
1.2. <i>Une solvabilité faible au regard du coût de l'aide à domicile.....</i>	<i>11</i>
2. UNE ABONDANCE DE TEXTES SUR LA QUALITE.	12
2.1. <i>La qualité, exigence essentielle pour l'autorisation et l'agrément qualité.....</i>	<i>13</i>
2.1.1. Dès l'ouverture	13
2.1.2. Pour le renouvellement.....	14
2.1.3. Absence de qualité et retrait de l'autorisation ou de l'agrément	14
2.2. <i>Une démarche encouragée financièrement par les pouvoirs publics</i>	<i>15</i>
2.3. <i>La prolifération des certifications et de l'octroi de labels.....</i>	<i>16</i>
2.3.1. L'octroi de labels.....	16
2.3.2. La certification.....	17
3. UNE APPROCHE CONCRETE PEU CONVAINCANTE	18
3.1. <i>Une approche trop exclusivement procédurale.....</i>	<i>18</i>
3.2. <i>Des procédures et des dispositifs d'évaluation redondants et coûteux.....</i>	<i>18</i>
3.3. <i>Un cadre administratif et conventionnel peu cohérent, obstacle à la qualité</i>	<i>20</i>
3.3.1. Un fouillis législatif	20
3.3.2. Un cadre conventionnel inabouti.....	22
3.4. <i>Une législation fiscale indifférente à la qualité.....</i>	<i>24</i>
3.5. <i>APA : des obstacles réels à une amélioration de la qualité.....</i>	<i>24</i>
3.5.1. Les limites de la grille AGGIR.....	24
3.5.2. L'APA, une prestation en nature pas toujours bien utilisée	25
4. UNE DEFICIENCE DU CONTROLE	27
4.1. <i>Des pouvoirs de contrôle importants pour les services de l'Etat</i>	<i>28</i>
4.1.1. Les divers contrôles applicables aux opérateurs de services à la personne	28
4.1.2. L'autorité qui délivre l'agrément a compétence pour recevoir les bilans et retirer l'agrément.....	28
4.1.3. La compétence des DDASS en matière de protection de la sécurité, de la santé et du bien être physique et moral des personnes.....	29
4.1.4. Les autorités chargées de la protection des consommateurs	30
4.1.5. Compétence de l'inspection du travail : les entreprises prestataires	30

4.2. <i>Un contrôle au nom de l'Etat discordant</i>	31
4.2.1. Une absence de directive interministérielle.....	31
4.2.2. Des tentatives de rapprochement des services au niveau départemental.....	31
4.2.3. Un contrôle conjoint au nom de la loi, indispensable.....	31
4.3. <i>Un contrôle entravé par le lieu d'exercice des intervenants</i>	32
4.3.1. Le domicile des personnes n'est pas accessible aux autorités de contrôle	32
4.3.2. La responsabilité finale des opérateurs.....	32
4.3.3. Un mode mandataire rénové ?.....	32
4.4. <i>Conseil général, des pouvoirs réels de suivi de la qualité des opérateurs</i>	33
4.4.1. Des textes trop peu explicites pour mettre fin aux interventions de mauvaise qualité.....	33
4.4.2. Une implication des services du Conseil général dans l'établissement et le suivi des plans d'aide.....	33
5. COMMENT AMELIORER LA QUALITE DES INTERVENTIONS DES SERVICES A DOMICILE POUR PERSONNES AGEES ?	34
5.1. <i>Clarifier et simplifier la réglementation</i>	35
5.1.1. Un seul régime pour l'exercice de l'aide à domicile	35
5.1.2. Un tarif de responsabilité et une liberté contractuelle	36
5.1.3. Protéger les personnes âgées des risques de captation de leurs biens	38
5.1.4. Aménager les conditions de calcul de l'APA pour en améliorer la qualité.....	38
5.2. <i>Renforcer les contrôles à tous les niveaux</i>	41
5.2.1. Eviter la prolifération des évaluations et certifications diverses et variées	41
5.2.2. Faire exercer pleinement leurs compétences de contrôle et de recours par les services de l'Etat.....	42
5.2.3. Articuler le contrôle des services de l'Etat en appui aux services du Conseil général.....	43
5.2.4. Mettre en place un contrôle de l'effectivité de l'allocation personnalisée d'autonomie, du côté des usagers et des opérateurs.....	43
5.3. <i>Promouvoir l'amélioration de la qualité par des mesures concrètes et adaptées aux territoires</i>	44
5.3.1. Responsabiliser pleinement les conseils généraux sur l'enjeu « qualité de service ».....	45
5.3.2. Favoriser une dynamique locale de qualité au niveau des bassins de vie.....	48
5.3.3. Créer un comité d'usagers des services à domicile	50
CONCLUSION	51
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	53
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	57
BIBLIOGRAPHIE	61
OBSERVATIONS DE LA CNSA	63
OBSERVATIONS DE LA DGAS	69
REPONSES DE LA MISSION AUX OBSERVATIONS DE LA CNSA FORMULEES DANS LE CADRE DE LA PROCEDURE CONTRADICTOIRE	77
REPONSES DE LA MISSION AUX OBSERVATIONS DE LA DGAS FORMULEES DANS LE CADRE DE LA PROCEDURE CONTRADICTOIRE	79

Enquête sur le contrôle de la qualité de service des opérateurs de l'aide à domicile

Introduction

- [1] L'enquête sur le contrôle de la qualité de service des opérateurs de l'aide à domicile est une mission inscrite au programme annuel 2008 de l'IGAS par le comité des pairs ASSAG. Elle a été effectuée entre novembre 2008 et février 2009 par Mesdames Bernadette Roussille et Hélène Strohl et monsieur Michel Raymond, inspecteurs généraux des affaires sociales.
- [2] Cette enquête faisait suite au contrôle effectué par messieurs Stéphane Paul et Roland Olivier sur six fédérations départementales et l'Union nationale des associations de l'aide à domicile en milieu rural (ADMR). Il avait semblé, en effet, important à nos collègues que l'inspection se penche sur les modalités d'intervention et notamment sur la qualité de l'ensemble des opérateurs œuvrant sur un département. Conçue au départ comme très large, incluant l'ensemble des services à la personne, l'enquête a été volontairement restreinte par les membres de la mission au secteur de l'aide à domicile en direction des personnes âgées de plus de 70 ans et/ou dépendantes, c'est-à-dire ayant vocation à voir l'aide dont ils disposent financée par l'allocation personnalisée d'autonomie payée par le département.
- [3] En effet, si l'ensemble des emplois dans les services à la personne ressortissent d'une même législation concernant leur développement (la loi de 2005 notamment), les services délivrés aux personnes âgées et/ou dépendantes (que l'on nommera personnes âgées dans la suite du rapport) ressortissent aussi de la loi du 2 janvier 2002, relative aux établissements et services sociaux et médico-sociaux. De plus leur financement public cumule ces déductions fiscales et sociales et celles relatives à la dépendance. Enfin, aux termes de la dernière loi de décentralisation, la politique en faveur des personnes âgées a été confiée, pour son organisation et la coordination des opérateurs, au département, ce qui n'est pas le cas d'autres politiques touchés par l'extension des services à la personne (garde d'enfants notamment). Les personnes âgées concernées représentaient au moins un million de personnes en 2007¹
- [4] Il sera donc traité, dans ce rapport, de la qualité dans l'activité d'assistance à domicile des personnes âgées "qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile"², hors actes de soins relevant d'actes médicaux : aide au titre des actes essentiels de la vie courante, aide ménagère, accompagnement dans les activités de la vie sociale et relationnelle. Les soins infirmiers à domicile ne sont abordés que dans leur relation aux autres activités des services à la personne. Les métiers concernés sont ceux d'aide ménagère ou aide à domicile, auxiliaire de vie sociale essentiellement³
- [5] Après avoir rencontré les instances administratives nationales et les têtes de réseau des opérateurs associatifs ou entreprises privées à but lucratif, la mission s'est rendue dans trois départements, l'Ain, les Hauts de Seine, les Pyrénées-Orientales.

¹ Selon les données les plus récentes (études et résultats, DRESS n°682-mars 2008) il y avait en 2007 644 000 bénéficiaires d'une aide sociale aux personnes âgées (APA-PSD – ACTP et PCH, aide ménagère du département) et 305 000 bénéficiaires de l'aide ménagère remboursée aux personnes âgées par la CNAV et le MSA.

² Selon la formulation administrative cf. circulaire DGAS/DGEFP/ANSP du 15 mai 2007

³ Il est difficile de donner le nombre d'intervenants à domicile (tous bénéficiaires et tous types de service). L'ANSP donne des chiffres pour 2005 : 1,169 million de salariés chez les particuliers, employeurs à domicile représentant en 2007, 400 000 ETP 262 000 salariés chez des organismes prestataires représentent 150 000 ETP.

- [6] Dans chacun de ces départements, la mission a réuni en trois groupes successifs, les services de l'Etat et des organismes de retraite, les services du Conseil général, les opérateurs et dans deux départements également des représentants des associations d'usagers.
- [7] La mission s'est également largement inspirée des nombreux rapports publiés ces dernières années sur le secteur des personnes âgées d'une part (notamment par la Cour des comptes et le Conseil économique et social) et sur le secteur des services à la personne d'autre part (en particulier le rapport de Michèle Debonneuil, inspectrice générale des finances).
- [8] C'est, d'ailleurs, à cause de cette abondance de rapports qui fait écho à celle des textes juridiques de toute nature qui tentent d'encadrer des activités innovantes et difficiles à normer, que la mission n'a pas estimé devoir effectuer une synthèse complète sur les conditions de l'aide à domicile, en particulier sur la question des métiers et de la formation des intervenants, largement traitée par ailleurs.
- [9] Le présent rapport adopte une posture plus modeste et volontairement empirique : se demander ce qui s'oppose à l'amélioration de la qualité de l'intervention à domicile, quelle est l'efficacité relative des diverses démarches normatives au regard de la qualité mais aussi de l'équilibre économique et sociologique du secteur.
- [10] Il débouche sur des propositions simples, qui ne rajoutent pas d'impératif juridique ni n'imaginent de nouveaux dispositifs, mais rappellent quelques fondements :
- les normes et les recommandations ne valent que si l'on contrôle leur application et si l'on sanctionne les manquements ;
 - trop de textes tuent la loi ;
 - la décentralisation signifie que chaque collectivité compétente est libre des modes de mise en œuvre des seuls impératifs législatifs, ce qui induit une diversité d'organisation dans les différents départements.

1. UNE DEMARCHE QUALITE DIFFICILE A DEVELOPPER

1.1. Les situations de vie des personnes âgées dépendantes, un défi à la qualité de l'aide

- [11] On emploiera, dans ce passage, le terme de « qualités » au sens au sens étymologique de "caractéristiques". Un service de qualité est d'abord un service adapté aux caractéristiques, aux spécificités et aux besoins des personnes concernées. Il requiert de la part de l'aidant (auxiliaire de vie, aide ménagère, accompagnant, soignant...) d'abord des qualités humaines (de type "savoir être") puis des qualités professionnelles pour lesquels un savoir faire est requis (aide aux actes essentiels de l'existence, propreté...) mais aussi une dimension organisationnelle importante (ponctualité et régularité de l'intervention, présence d'un minimum de personnes différentes au cours d'une semaine, coordination entre les intervenants, organisation des congés et des absences, existence au sein de la structure prestataire d'une personne référente...). C'est sur ce dernier aspect que l'accent sera mis dans ce rapport.
- [12] La dépendance place la personne qui a perdu une partie ou la totalité de son autonomie dans une relation de subordination structurelle, notamment vis-à-vis de la personne qu'elle emploie pour l'aider. En outre, le contrôle de la qualité du service par l'utilisateur, par le consommateur est d'autant plus difficile que celui-ci est conscient des difficultés de recrutement des intervenants au domicile et qu'il est réticent à changer d'interlocuteur.

- [13] Par ailleurs, il faut souligner que le maintien à domicile témoigne d'abord d'une volonté de liberté et de libre choix des personnes, avec une grande diversité de situations, ce qui est peu compatible avec toute tentative de normer ou même de cadrer un concept de "qualité" dans l'intervention. Une certaine forme de normativité est davantage concevable dans le service rendu en établissement car celui-ci est structurellement inscrit dans un format plus contraignant.
- [14] La qualité de vie des personnes âgées à domicile est, avant tout, tributaire de leur environnement familial et social et résulte le plus souvent d'une interaction entre leur environnement et les intervenants qui est délicate à maîtriser ; la prédominance des aspects humains, avec les particularités que comporte la sénilité ou des maladies de type neurologique, introduit l'aléa du facteur psychologique avec ce qu'il a d'indéfinissable et d'imprévisible. La qualité des intervenants tient à des compétences humaines (sociabilité, amabilité, générosité, douceur, patience, honnêteté, « bonne distance ») difficiles voire impossibles à faire acquérir par des formations classiques et diplômantes. La difficulté de définir ces qualités dans des profils de poste ou des référentiels de formation invite à la modestie. Aussi est-il peut-être plus pertinent d'adopter, plutôt qu'une vision normative, une optique minimaliste de réduction des risques de non qualité : insécurité (quant à la régularité de la prestation, quant à l'identité des intervenants quant à leur équilibre psychologique...), maltraitance, négligence ou brutalité, malhonnêteté, etc.
- [15] Par ailleurs, la spécificité et le poids du facteur temps ont été fortement soulignés par les associations d'usagers :
- la lenteur et le respect du rythme parfois ralenti des personnes âgées font partie de la qualité du service mais sont parfois incompatibles avec les plans d'aide ;
 - la situation des personnes âgées est en perpétuel changement (évolution de leur santé, hospitalisations, modification dans leur environnement), ce qui change la nature de leurs besoins. A cet égard, il existe une contradiction intrinsèque entre l'augmentation de la dépendance et la qualité du service : le service prestataire, avec des intervenants encadrés, soutenus, formés, donne à priori de meilleures garanties de qualité et de performance, mais il est aussi le plus cher. Ainsi, lorsque les personnes deviennent plus dépendantes, ont-elles besoin de plus d'heures et doivent-elles souvent pour des raisons financières se "rabattre" sur le gré à gré, alors qu'elles ne sont plus en capacité de diriger, ce qui a priori va à l'encontre de la qualité. De plus, l'augmentation de la dépendance induit un nombre accru, quelquefois excessivement, des personnels intervenant au domicile dans la semaine.

1.2. Une solvabilité faible au regard du coût de l'aide à domicile

- [16] Le montant des pensions de retraite était de 1212 € en moyenne en 2004 (dont 980 € pour les femmes)⁴.
- [17] Plus de 15 millions de personnes âgées sont bénéficiaires de pensions. Autour de 5 millions d'entre elles touchaient, en 2006, des pensions proches du minimum vieillesse (610 €/mois)⁵.
- [18] Les aides complémentaires (en général sous condition de ressources) ne touchent qu'une minorité de la population des personnes âgées :
- l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)⁶ : son montant moyen est de 411 € 644 000 personnes en bénéficiaient à domicile au 31/12/2007 ;
 - l'allocation compensatrice pour tierce personne disparaît, les nouveaux allocataires touchant l'APA, il y avait en 2006, 17 000 bénéficiaires de l'ACTP ;
 - la prestation de compensation du handicap ne touche que 5.000 bénéficiaires personnes âgées ;

⁴ Source DREES Etudes et résultats n°672 Novembre 2008

⁵ Source DREES Etudes et résultats n° 662 Octobre 2008. Chiffres de 2006

⁶ Source Etudes et résultats DREES N° 637 mai 2008

- l'aide ménagère est une prestation d'aide ou d'action sociale extra-légale :
 - o accordée par les départements, elle touchait 25 000 bénéficiaires
 - o la CNAV, la MSA et les autres régimes de retraite accordaient une aide ménagère à 305 000 personnes évaluées en groupe iso-ressources 5 et 6.

[19] Au regard de ces chiffres, on peut estimer le coût mensuel d'un plan d'aide de 3 heures d'auxiliaire de vie par jour en mode prestataire (18 €/heure au tarif CNAV de 2009) à plus de 1.600 €, soit la totalité des ressources d'une personne âgée dont les ressources se situent dans la moyenne nationale et qui bénéficie de l'APA.

[20] Ces chiffres montrent d'emblée la difficulté de l'amélioration de la qualité des services aux personnes au regard de la solvabilité des clients.

[21] Certes, il est impossible d'établir une corrélation précise entre la qualité, notamment humaine, du service et le niveau de rémunération de l'intervenant mais au moins est-il essentiel que celui-ci se sente reconnu dans son travail par un salaire suffisant et que ses conditions de travail soient décentes (temps d'intervention suffisant, horaires, prise en charge des temps de transport entre deux domiciles etc).

[22] Outre le coût horaire de l'intervention, l'utilisateur doit régler, quand il a recours à un service mandataire et a fortiori prestataire les frais de la structure (personnels administratifs et référents/coordinatrices, locaux, fiscalité...).

2. UNE ABONDANCE DE TEXTES SUR LA QUALITE.

[23] La qualité est le leitmotiv des services d'aide à la personne. L'agence nationale des services à la personne vient de publier une brochure intitulée " *Des services à domicile de qualité pour mieux vivre chez vous* ". Comme si la qualité n'allait pas de soi et qu'il faille constamment la mettre en avant.

[24] De fait, la notion de qualité est très présente au niveau des procédures, qu'il s'agisse de procédures de droit public ou de procédures volontaires de droit privé.

[25] La qualité est présente à l'amont et conditionne l'agrément ou l'autorisation par les pouvoirs publics, nécessaires, pour les organismes de services à la personne - qu'ils soient prestataires, de mise à disposition ou mandataires, s'ils veulent obtenir les avantages fiscaux prévus pour les services d'aide à la personne et leurs bénéficiaires.

[26] Elle est présente aussi, en cours de fonctionnement, les pouvoirs publics ayant promu des processus d'accompagnement vers la qualité et des recommandations de bonne pratique. Elle est présente enfin ex post et périodiquement, à travers les obligations d'évaluation qui sont désormais systématiquement prescrites par des textes législatifs ou réglementaires.

[27] Par ailleurs, la qualité fait, de la part des opérateurs, l'objet de démarches volontaires, toujours soigneusement valorisées sous forme de labellisation ou de certification. La proclamation de la qualité est dans ce monde la chose la plus répandue : elle prolifère.

2.1. La qualité, exigence essentielle pour l'autorisation et l'agrément qualité

2.1.1. Dès l'ouverture

- [28] La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a inclus les services d'aide à domicile dans le champ des organismes pour lesquels une autorisation est obligatoire, et les place d'une certaine façon sous le régime des établissements, avec la même problématique des droits des usagers et de la qualité. A peine les effets de la loi 2002 étaient-ils pris en compte par la réglementation et par le secteur, qu'intervint la loi de 2005 relative au développement des services à la personne.
- [29] L'aide à domicile est ainsi régie par deux dispositifs dont la logique est très différente et à la limite contradictoire : l'un vise à développer l'emploi dans les services à la personne et l'autre à favoriser le maintien à domicile par un service de type social et médico-social.
- [30] Le premier répond à un objectif de type quantitatif (développement de l'emploi et des services offerts au titre de 21 activités) est régi par la logique concurrentielle. Ces services prestataires ou mandataires sont agréés par l'Etat ⁷(préfet, DDTEFP, direction départementale du travail et de la formation professionnelle) sur des critères dits "de qualité" - voir plus loin -. Ils proposent par contrat un prix aux bénéficiaires. Mais le taux d'évolution de ce prix est soumis à un arrêté du ministre chargé des finances.
- [31] Le second dispositif est l'autorisation des opérateurs prestataires⁸ :
- ils sont autorisés par le Conseil général si le projet est compatible⁹ " avec les objectifs et répond aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont il relève".
- [32] L'autorisation peut être refusée pour des motifs de qualité mais aussi pour des motifs de régulation de l'offre. Autre particularité des services autorisés : la tarification, le Conseil général détermine annuellement, par négociation budgétaire avec le prestataire autorisé, assise sur des prévisions de recettes (interventions) et de dépenses (intervenants), un tarif horaire.
- [33] Les services prestataires (et uniquement ceux-ci) peuvent, depuis l'ordonnance du 1^{er} décembre 2005 relative aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, *choisir* entre l'autorisation préalable prévue par la loi du 2 janvier 2002 et l'agrément qualité de la loi de 2005. L'autorisation vaut agrément qualité pour le département où elle a été demandée. Théoriquement¹⁰, seule une demande de numéro d'agrément est nécessaire pour les services autorisés.
- [34] L'article L. 7232-5 (anciennement 129-17) du Code du travail pose l'exigence d'équivalence de qualité¹¹ entre les critères de l'autorisation par le Conseil général et ceux de l'agrément par le préfet. Les exigences de qualité, équivalentes donc pour les deux dispositifs sont énoncées dans *l'arrêté du 24 novembre 2005 fixant le cahier des charges relatif à l'agrément qualité*. Elles sont détaillées dans l'annexe qualité du présent rapport et se présentent comme des préconisations plus au moins concrètes, centrées sur la qualification des intervenants, du personnel d'encadrement et du gestionnaire et sur le respect de l'usager. Ainsi est-il, par exemple demandé :

⁷ En fin décembre 2007, 5934 agréments qualité (y compris pour les gardes d'enfants) avaient été délivrés.

⁸ il s'agit des opérateurs pour la part prestataire de leur activité, s'ils exercent sous les deux régimes, prestataire et mandataire

⁹ Article L. 313-4 du code de l'action sociale et des familles.

¹⁰ Cette disposition n'a pas été appliquée dans un département visité par la mission où les bénéficiaires de l'autorisation redéposent un dossier pour l'agrément

¹¹ Il faut dire que les droits des usagers définis par la loi de 2002 sont axés sur les usagers en établissements et ne sont pas parfaitement adaptés aux usagers des services

- un livret d'accueil, un accueil physique et un accueil téléphonique, la capacité de répondre aux situations d'urgence ;
- une proposition d'intervention individualisée, la coordination avec d'éventuelles autres interventions (cahier de liaison) ;
- un devis gratuit, une facturation claire et détaillée ;
- la continuité des interventions, un remplacement systématique en cas d'absence de l'intervenant ;
- le respect des horaires d'intervention et le contenu de la prestation définis préalablement ;
- l'existence d'un référent/coordonnateur ;
- l'interdiction aux intervenants de recevoir des bénéficiaires auprès desquels ils interviennent toute délégation de pouvoir sur les avoirs, biens ou droits, toute donation, tout dépôt de fonds, de bijoux ou valeurs....

[35] Ces exigences sont d'un niveau élevé pour ce qui est des relations avec l'utilisateur, de l'organisation du service et du rôle de l'encadrement. Elles reposent, en effet, sur une prise en considération sérieuse des critères et des leviers de la qualité dans ce type de service : évaluation des besoins du bénéficiaire, adaptation de l'intervenant, contrôle par le gestionnaire du service, traitement des réclamations, contrôles internes réguliers, enquête auprès des bénéficiaires sur leur perception de la qualité des interventions. Ces normes prévoient un bilan annuel quantitatif et qualitatif transmis au préfet et annoncent un médiateur en cas de conflit non résolu entre l'utilisateur et la structure.

2.1.2. Pour le renouvellement

[36] Les renouvellements ont lieu tous les 5 ans pour les services agréés, tous les 15 ans pour les services autorisés.

[37] Ils sont subordonnés à une évaluation interne et externe pour les autorisés et pour les agréés à une évaluation externe « au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles élaborées ou validées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Cette évaluation est assurée par un organisme extérieur. Les organismes habilités à y procéder doivent respecter un cahier des charges fixé par décret. »¹² L'agrément est renouvelé automatiquement si l'organisme est certifié (voir plus loin).

[38] On peut donc penser que la qualité sera au cœur du processus de renouvellement.

[39] Dans la pratique, les premiers agréments qualité délivrés suivant le cahier des charges de l'arrêté du 24 novembre 2005 viendront à échéance en 2011 et les renouvellements des organismes autorisés se feront à partir de 2017. Il n'existe donc pas d'expérience en matière de renouvellement¹³.

2.1.3. Absence de qualité et retrait de l'autorisation ou de l'agrément

[40] Une procédure de retrait d'agrément peut être engagée par l'Etat à l'encontre d'un organisme qui ne remplit pas ou plus les obligations liées aux activités de services à la personne dont celles fixées par le cahier des charges qualité et par la transmission de son bilan annuel¹⁴. Ou encore, s'il ne respecte pas la réglementation en matière d'hygiène, de sécurité et de santé au travail.

¹² Décret no 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

¹³ Le « taux de mortalité » des organismes agréés est élevé.

¹⁴ Il est vrai que le taux de mortalité des organismes agréés est spontanément très élevé pour des raisons de viabilité économique.

[41] En revanche, le Conseil général a peu de pouvoir pour mettre fin à l'activité d'un opérateur durant la durée de l'autorisation (15 ans) sauf si celui-ci souffre de dysfonctionnements graves. Certes, l'autorité qui a prononcé l'autorisation a compétence pour prononcer la fermeture (L.313-16 du CASF), mais si le préfet conserve une compétence en matière de fermeture au titre de l'ordre public visant la protection des personnes, l'article précité ne mentionne plus que deux fondements pour fermer un établissement :

1. *Lorsque les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement prévues au II de l'article L.312-1 ne sont pas respectées.*¹⁵
2. *Lorsque sont constatées dans l'établissement ou le service et du fait de celui-ci des infractions aux lois et règlements susceptibles d'entraîner la mise en cause de la responsabilité civile de l'établissement ou du service ou de la responsabilité pénale de ses dirigeants ou de la personne morale gestionnaire.*

[42] Le retrait de l'autorisation reste de la compétence du préfet en cas d'atteinte à la sécurité des personnes.

2.2. Une démarche encouragée financièrement par les pouvoirs publics

[43] A côté de ces prescriptions juridiques, les pouvoirs publics encouragent et financent une démarche qualité :

- la branche retraite de la CNAVTS avait engagé en 1999 une démarche qualité pour l'aide ménagère aux personnes âgées (Circulaire CNAVTS n° 35/99 du 4 juin 1999). Six domaines et critères principaux étaient pris en compte : l'évaluation au domicile des demandeurs, l'encadrement de proximité, la continuité du service, le traitement administratif des demandes, la gestion du service et le suivi de la prestation.
- la démarche était progressive. Elle se traduisait par des avenants aux conventions passées par les caisses avec les prestataires et était encouragée par des compléments de dotation aux services répondant à certains critères de qualité. La CNAVTS avait consacré 4,5 M€ à ce complément en 2003.
- à la CNSA, le Fonds de modernisation de l'aide à domicile (FMAD) ou section IV, créé par la loi du 20 juillet 2001 finance des programmes de promotion de la qualité (65,4 M€ en 2008 pour les personnes âgées) :
 - des actions de qualification des personnels du secteur ;
 - des conventions départementales de modernisation de l'aide à domicile impliquant notamment les conseils généraux et les employeurs (cf. la convention cadre de modernisation de l'aide à domicile dans le département de la Loire mise en place en fin 2008 pour réaliser des évaluations et gérer le suivi administratif de la mise en œuvre d'un référentiel de qualité dit Label Loire. Coût de l'action sur 2009/2012 : 385 000 €)
 - des actions locales d'amélioration de la qualité des services, de création de nouveaux services, de rationalisation de l'offre et d'appui aux opérations de recrutement de nouveaux salariés.

Les crédits de ce fonds de modernisation étaient, jusqu'à une date récente, répartis entre les DDASS par la DGAS et les directions déconcentrées les attribuaient sur la base d'un appel à projets auprès de divers opérateurs. La CNSA qui gère ce fonds depuis 2008 tente maintenant d'appréhender les processus de modernisation de manière plus globale en signant des conventions avec les Conseils généraux qui engagent tout le département.

Elle a signé avec l'UNA un protocole de coopération concernant notamment la démarche qualité et la certification du réseau et le programme GPEC (gestion prévisionnelle des emplois et compétences). Le montant total des financements s'élève à 44,5 M€ dont 55% par la CNSA.

¹⁵ Cet article renvoie à une définition réglementaire des normes, qui n'a pas été faite pour les SAD, cf. annexe Les services à la personne, un fouillis juridique

- d'autres dispositifs sont susceptibles de contribuer à l'amélioration de la qualité des services d'aide à domicile. Ainsi, l'Agence nationale des services à la personne (ANSP) a-t-elle lancé en 2008 le programme THETIS pour permettre aux structures agréées volontaires (et aussi aux petites associations volontaires, par d'autres moyens – les dispositifs locaux d'accompagnement - DLA) de bénéficier d'un accompagnement pour les aider à se préparer à une certification (voir plus loin) visant à l'amélioration de la qualité de leurs prestations.

Ce dispositif met à disposition des organismes agréés volontaires (autour de 700), 15 jours d'appui consultant (environ 1000 €/jour) pour atteindre la certification du service. Le coût de l'opération s'élève à 7,5M € sur 2007/2008/2009.

Une liste de consultants (une soixantaine) a été établie par l'ANSP/ANACT en novembre 2007.

2.3. La prolifération des certifications et de l'octroi de labels

2.3.1. L'octroi de labels

[44] En principe, l'octroi de labels est une procédure effectuée par la profession elle-même, qui régule la qualité du secteur par des démarches internes, moins lourdes que celles de la certification. Dans le secteur des services à la personne en direction des personnes âgées, on assiste à deux types de procédures d'octroi de label sous l'égide de Conseil généraux ou sous la responsabilité de fédérations.

[45] D'une part, certains Conseils généraux nomment ainsi une démarche de conventionnement, dans laquelle ils font état d'exigences de qualité et d'organisation du service aux personnes âgées sur leur territoire en échange de meilleurs tarifs de paiement de l'APA par exemple. Il a été question plus haut du Label Loire. Dans l'annexe consacrée au département des Pyrénées-Orientales, on détaille la procédure d'octroi de ce label. Il s'agit en fait véritablement d'un processus de conventionnement. Il est réservé aux opérateurs autorisés ; le label n'énonce pas d'exigences supplémentaires par rapport à l'autorisation, mais institue une démarche d'audit annuel (selon un guide explicite) de chaque opérateur ainsi conventionné. Le tarif accordé aux opérateurs conventionnés et autorisés est supérieur à celui qui est payé aux opérateurs agréés qualité. A terme, le Conseil général souhaite ne travailler qu'avec des opérateurs autorisés et conventionnés. Il est paradoxal d'appeler ce processus label, dès lors qu'il est presque imposé aux opérateurs qui souhaitent travailler à un prix économiquement viable.

[46] Dans d'autres cas, des fédérations d'opérateurs construisent un label, c'est-à-dire un ensemble de préconisations pour les différents opérateurs de leurs réseaux. Il semble qu'un certain nombre de groupements cherchent à créer leur propre label et à le faire reconnaître par la CNSA. Ainsi, la Fédération Nationale des Services à la Personne et de Proximité (FEDESAP), représentant les entreprises TPE et PME (autour de 250) de services à la personne et adhérente de la CG-PME est en train de construire, sur le modèle de Qualibat dans le bâtiment, un label dit Qualisap, en lien étroit avec le bureau Véritas. Ce label est étroitement calé sur les préconisations de l'agrément qualité et y ajoute des éléments sur la satisfaction des clients.

[47] La FEDESAP considère que ce label est plus simple, plus lisible et surtout plus accessible sur le plan des procédures à mettre en place et sur le plan du coût que les certifications Qualicert et AFNOR (le coût de mise en place et des audits s'élèverait, dans ce dispositif à environ 70 000 € voir plus loin). Les interventions d'évaluation du bureau Véritas reviennent à 500 /1000€ La FEDESAP estime qu'alors, comme la certification, ce label pourrait se substituer à l'évaluation ou du moins l'alléger.

- [48] Dans le même esprit, l'ADESSA, née en 2001 de la fusion de 2 fédérations d'aide à domicile, a mis en place en 2005 un label construit sur 21 critères et pouvant être une étape vers la certification. Le but est¹⁶ : " de permettre aux associations ADESSA de se démarquer de la concurrence ; de faire reconnaître le savoir faire des structures adhérentes, en affichant de manière transparente les outils et les pratiques qu'elles ont mis en place et qui seront validés par un organisme extérieur ; d'harmoniser les pratiques dans le réseau..... " et aussi "d'assurer aux différents interlocuteurs (clients ou partenaires) une garantie de services quand ils font appel à ADESSA ". Ici, l'audit est réalisé par une seule société, l'IDAP (Institut de Développement des Activités de Proximité). La question se pose de l'indépendance de cette société par rapport à ADESSA.
- [49] Les grandes enseignes (20 en fin 2007 regroupant 5300 structures) référencent elles aussi les organismes qu'elles chapeautent sur des critères de qualité et de durabilité. L'Association des Enseignes de Services à la Personne qui regroupe notamment Accor Services, CNP Services à la Personne, Domiserve, Fourmi Verte, France Domicile Groupe Caisse d'Épargne, Services à la personne La Poste, Personia etc. promeut une charte qualité.
- [50] On le voit, il s'agit ici de tentatives intermédiaires entre le simple agrément qualité et la certification. En réalité, comme le reconnaît l'ADESSA, il s'agit aussi de permettre aux opérateurs labellisés de " se démarquer de la concurrence".

2.3.2. La certification

- [51] Elle concerne les organismes volontaires pour s'y prêter et met en jeu des sociétés de certification privées qui donnent un label reconnu dans le cadre du Code de la consommation (Article L 115-27 à 33) et le suivent dans des conditions strictes.
- [52] Deux types de référentiels et de labels de « services aux personnes à domicile » existent : celui de l'Agence française de la normalisation (AFNOR) - norme NF X 50-056¹⁷ - et celui déposé par la société SGS (QUALICERT)¹⁸.
- [53] Ces référentiels définissent un cadre déontologique et des principes d'intervention individualisée (ajustement continu de la prestation). Les exigences de la norme concernent notamment :
- la relation avec le client : l'accueil physique ou téléphonique, l'analyse de la demande, l'offre de service (une proposition de service précise, un devis estimatif, un contrat formalisé), la préparation de l'intervention et sa réalisation.
 - la qualification professionnelle : les prestataires veillent à sélectionner, former et évaluer périodiquement le personnel (gestionnaire, encadrement, intervenant) qui participe à la réalisation de la prestation.
 - la mesure et l'amélioration de l'offre : réclamations clients avec un engagement de réponse d'attente d'un délai de 15 jours, évaluation de la qualité des services perçue par le client au travers de 2 enquêtes satisfaction (auprès de l'utilisateur et par le personnel) et mise en place d'actions correctives et préventives, suivi trimestriel de la prestation.
- [54] Une analyse détaillée des 2 référentiels de certification fait apparaître une grande proximité, voire une similitude absolue avec les normes administratives de qualité, mais plus de précisions sur les modes opératoires et les documents à contrôler.

¹⁶ Selon le Site Internet du groupement

¹⁷ En début 2008, 207 organismes (tous agréments confondus) sur 286 sites sont certifiés.

¹⁸ Autour de 800 organismes (tous agréments confondus) sont certifiés à ce jour

- [55] Une enquête menée en Octobre 2007, publiée sur le site de l'ANSP montre que, la première motivation des dirigeants qui ont recours à ces systèmes de labellisation et de certification est de valoriser l'image de leur structure et qu'elle a pour effet à leurs yeux d'améliorer la satisfaction des usagers dans quatre cas sur cinq.

3. UNE APPROCHE CONCRETE PEU CONVAINCANTE

3.1. Une approche trop exclusivement procédurale

- [56] Ces dispositifs reposent sur l'hypothèse d'un lien, extrapolé des mondes industriel et administratif, entre des procédures, des modes organisationnels, des documents et, à l'arrivée, une satisfaction des attentes et des besoins, vérifiée éventuellement par des enquêtes. Cette approche procédurale témoigne d'un effort d'autant plus intéressant qu'il s'articulera sur du suivi, des formations, du tutorat et du contrôle. On sait, cependant qu'elle est, par nature, impuissante à garantir ce qui fait la qualité du service, à savoir une attitude de l'intervenant adaptée à la situation de la personne dépendante.
- [57] S'agissant de la procédure de base qu'est l'agrément qualité, la mission a observé que les dossiers présentés aux DDTEFP étaient par construction, en général virtuels, et présentaient des engagements et des intentions de faire, l'activité ne commençant réellement qu'une fois l'agrément obtenu. Pour avoir du sens, il faut donc que les organismes soient effectivement suivis et que leur bilan d'activité annuel soit analysé par les DDTEFP. Or cela ne semble pas toujours être le cas. Cependant dans les Hauts de Seine, la DDTEFP accorde des « agréments qualité sous réserve », c'est-à-dire vérifie dans l'année qui suit, si les exigences notamment en matière de qualifications des encadrants ou toute autre caractéristique entraînant le doute, sont bien remplies.
- [58] La mission a également observé, dans les départements visités - et cela est généralisable au dire de l'ANSP - qu'un rouage essentiel prévu par le cahier des charges de l'agrément qualité (point 38) n'a jamais été mis en place : il s'agit de la liste prévue à l'article L. 311-5 du Code de l'action sociale, des personnes qualifiées auquel le bénéficiaire peut faire appel en cas de conflit non résolu avec le gestionnaire¹⁹.

3.2. Des procédures et des dispositifs d'évaluation redondants et coûteux

- [59] Entre les normes de l'agrément qualité, les conditions qualité de l'autorisation, les guides et recommandations de l'ANESM (bien-traitance, évaluation interne ...), les référencements par des enseignes et les référentiels pour les labels et certification, il existe plus que des convergences : des répétitions et des redondances l'approche par les procédures censées apporter des garanties aux usagers est généralisée. Sauf exception²⁰, ils ne comportent pas d'approche par les risques de non qualité (identification des risques a priori et a posteriori, typologie des risques, facteurs de risque, fréquence, gravité et aussi mesures de prévention et de réduction des risques), ce qui, on l'a vu, pourrait être une approche réaliste de la question.

¹⁹ Il semble que les équipes APA, en particulier, pourraient jouer ce rôle : la qualité se juge d'abord au domicile et par un organisme totalement indépendant du gestionnaire, les audits financés par le gestionnaire ne présentant pas une vraie garantie d'objectivité.

²⁰ Rédaction d'un document sur la gestion des risques de maltraitance par le Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés.

- [60] Comme le montre l'annexe sur la qualité, tous les référentiels/ recommandations sont très proches des préconisations de l'agrément qualité, un peu plus détaillés et très précis sur les responsabilités, les procédures et modes opératoires, les moyens organisationnels et matériels à mettre en place (outils de traçabilité, plannings, documents contractuels ou conventionnels, plannings, entretiens avec le personnel).
- [61] Comme tout contrôle par des corps de contrôle ou par d'éventuelles fédérations, la méthodologie mise en œuvre par les auditeurs dans le cadre de l'AFNOR ou de Qualicert comporte :
- Des entretiens avec des membres du personnel ;
 - Des vérifications visuelles d'éléments matériels ;
 - L'observation de l'activité le jour de l'audit ;
 - La consultation des documents et enregistrements pour :
 - l'examen des éventuelles réclamations portant sur les caractéristiques certifiées du référentiel ;
 - une vérification de la réalisation et de l'efficacité du contrôle interne mis en œuvre par l'organisme selon les modalités prévues dans le référentiel (notamment, contrôle interne du respect des caractéristiques certifiées, suivi de la satisfaction) ;
 - la vérification de la réalisation des enquêtes de satisfaction auprès des clients et selon les modalités définies dans le référentiel ;
 - le cas échéant, une vérification de la mise en œuvre effective des actions correctives proposées suite aux non-conformités détectées par l'organisme certificateur lors de l'audit de certification ou des contrôles ou suite aux résultats des enquêtes de satisfaction.
- [62] Il s'agit, dans tous les cas, de vérifier la mise en œuvre des procédures prévues et non d'évaluer l'impact et le résultat. Il faut observer que ces évaluations et audits ne sont jamais faits au domicile de la personne. Il n'y a que les contrôles des équipes APA qui soient réellement en contact avec les personnes et leurs familles. Il ne s'agit pas non plus d'un contrôle tel qu'il est conduit dans le service public.
- [63] Ces redondances²¹ et ces vérifications formelles servent beaucoup à l'affichage, elles sont potentiellement contreproductives car elles créent un effet de brouillage et peuvent servir d'alibi à une faiblesse du contrôle par les pouvoirs publics, Etat ou département. On peut penser, aussi, qu'en incitant aux certifications plutôt qu'en faisant effectuer les contrôles dus par les services de l'Etat, celui-ci reporte en quelque sorte la charge du contrôle de qualité sur les finances des organismes sociaux et des départements.
- [64] Ces démarches qui s'ajoutent aux procédures de base sont extrêmement coûteuses : alors que l'application effective des exigences de base de l'agrément qualité/autorisation devraient suffire, on a vu plus haut les pouvoirs publics (CNSA, ANSP) s'engager dans des aides importantes pour favoriser les démarches qualité. Un décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le " cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux" énonce une nouvelle fois les thématiques et les registres de l'évaluation. Dans ce cadre, l'ANESM procède de son côté à l'élaboration de guides et de recommandations et établit (comme d'ailleurs l'ANSP/ANACT) des listes d'organismes auditeurs. Ceux-ci prolifèrent et font payer leurs audits par les organismes audités.
- [65] Une étude détaillée réalisée par l'ADHAP et portant principalement sur la certification Qualicert montre que le coût moyen de mise en place d'un système qualité et la réalisation du 1^{er} audit (27 000 €) et des 2 premiers audits de suivi (33 000 €) se situe en moyenne à 60 000 € sur trois ans.

²¹ On notera cependant que pour les organismes agréés, le législateur a indiqué que la certification dispense de l'évaluation, à l'occasion d'une demande de renouvellement.

- [66] Dans le même ordre de grandeur, l'UNA qui a une cinquantaine d'organismes certifiés AFNOR évalue, quant à elle, le coût sur 3 ans d'une certification AFNOR à 76 000 € (appel à un "qualiticien", comité de pilotage, audits, mise en place de procédures nouvelles).
- [67] Ces coûts sont inabordables pour un organisme moyen et peuvent apparaître disproportionnés par rapport au coût de l'activité de base qui est celui de l'intervenant au domicile.
- [68] Malgré ces redondances et ces coûts, il existe des aspects positifs à cette mobilisation un peu brouillonne autour de la qualité : cette préoccupation a permis l'organisation de formations mises en place notamment par les fédérations et s'adressant en particulier aux cadres intermédiaires (coordonnateurs, personnes référentes). Elle a aussi encouragé des expériences de tutorat et d'accompagnement des intervenants.

3.3. *Un cadre administratif et conventionnel peu cohérent, obstacle à la qualité*

3.3.1. Un fouillis législatif

- [69] L'annexe sur la législation expose le fouillis administratif des textes et des tutelles et l'incohérence d'une base législative aux objectifs quasiment contradictoires de développement de l'emploi dans les services à la personne par la concurrence et de protection de l'utilisateur par un régime d'autorisation. Malgré le droit d'option, la mécanique du tarif opposable pour les services autorisés tend à fermer le marché et créer des monopoles qui peuvent contrevenir aux exigences de qualité : les services anciens, autorisés, peuvent présenter des lacunes en termes d'organisation, d'encadrement ou de formation ; du côté des services simplement agréés par le préfet, la concurrence, si elle induit parfois des démarches d'apparence qualitative (label etc.) pour la conquête de parts de marché, peut aussi aboutir à une pression à la baisse des coûts incompatible avec un bon niveau de qualité.
- [70] Autre anomalie, structurelle cette fois-ci, la tarification des services autorisés est assise sur un nombre d'interventions prévisionnelles, mais l'ouverture du secteur à des opérateurs libres de fixer leurs prix est susceptible de générer des fluctuations dans la réalisation de ces prévisions de dépenses qui aboutiraient in fine à renchérir beaucoup le coût unitaire des interventions et à charger les finances départementales de la reprise des pertes budgétaires de certains organismes. L'apparente liberté tarifaire des services agréés est d'ailleurs limitée par la faible solvabilité des "acheteurs" et par le contrôle de l'évolution annuelle des tarifs par le ministère des finances.
- [71] Dans les trois départements visités par la mission, le tarif de remboursement de l'heure d'intervention effectuée par un opérateur prestataire autorisé ou seulement agréé qualité n'est jamais en défaveur des opérateurs autorisés : dans l'Ain, aucun opérateur prestataire non autorisé n'est remboursé au tarif prestataire, et donc il n'y a aucun opérateur privé prestataire qui intervienne ; dans les Pyrénées-Orientales, les opérateurs non autorisés sont remboursés à un tarif horaire correspondant à celui appliqué aux opérateurs prestataires autorisée deux ans auparavant ; dans les Hauts de Seine en revanche, les opérateurs autorisés (qui l'étaient avant la loi de 2005, puisque ce département a choisi de ne plus délivrer de nouvelle autorisation) se voient appliquer un tarif de remboursement identique aux opérateurs agréés qualité. De manière générale, les opérateurs nouveaux dans un département appliquent souvent des tarifs moins élevés que les opérateurs plus anciens et pourtant, il apparaît bien qu'une certaine taille est nécessaire pour pouvoir espérer une viabilité économique.

[72] Si l'autorisation permet à la collectivité publique financeuse de conserver une maîtrise des coûts, il n'apparaît pas qu'elle garantisse un moindre coût ; en tout cas, l'existence d'une concurrence est sans doute un facteur au moins aussi déterminant sur le niveau des prix. Enfin, un prix se détermine également par rapport à un marché potentiel ; or, comme on l'a indiqué, le marché des personnes âgées dépendantes est pour une large part de ses clients, essentiellement solvabilisé par les finances publiques : par l'APA pour les personnes à faibles ressources (pour les personnes dont les ressources sont égales au minimum vieillesse, la participation est nulle) et par les déductions fiscales et sociales pour les personnes soumises à l'impôt sur le revenu. La crainte qu'une « libération » du régime d'intervention des opérateurs par l'alignement de tous sur le régime de l'agrément qualité plutôt que sur celui de l'autorisation n'induisse une inflation des coûts de l'intervention ne paraît pas fondée. Certes, dans le secteur du logement aidé, l'extension de l'allocation logement aux étudiants a entraîné dans les villes étudiantes à offre immobilière insuffisante une inflation des loyers. Celle-ci s'explique autant par l'insuffisance de l'offre, la solvabilisation des locataires étudiants par les parents outre l'aide publique, et le non encadrement des prix des loyers au moment de leur renouvellement, par définition fréquent pour une population étudiante. Dans le secteur de l'aide à domicile aux personnes âgées, l'exercice sous le régime de l'agrément qualité emporte un encadrement de l'évolution des prix, fixés par contrat avec les bénéficiaires, et se confronte à un marché dont la solvabilité peut être encadrée par le tarif de remboursement de l'APA, le reste à charge devant être nul ou faible pour une large part des bénéficiaires. Enfin, il est tout à fait possible que les Conseils généraux passent avec les opérateurs des conventions réciproques dans lesquelles l'élément dépassement du tarif de remboursement horaire (tarif de responsabilité au sens du droit des assurances) soit contenu, ou selon les ressources des intéressés, ou de manière générale.

[73] Le déséquilibre principal vient du fait que les services de gré à gré sont laissés hors du champ de l'autorisation et de l'agrément mais inclus dans celui de la législation fiscale et des règles de l'APA. Ce « concurrent » est sans aucun doute celui qui exerce la plus forte pression à la baisse sur les prix, d'autant que le texte qui prévoit une augmentation de la participation du bénéficiaire à forte dépendance au paiement des heures d'intervention effectuées par un salarié de gré à gré n'est guère appliqué : par définition, on ne peut pas augmenter de 10% une participation nulle et dans les autres cas, comme le recours au gré à gré se fait pour élaborer un plan d'aide qui tienne dans l'enveloppe APA des personnes ayant un besoin d'un nombre d'heures élevés et à faibles ressources propres, il est fréquent que les services du Conseil général ne l'appliquent pas. Une réforme de ce mécanisme, augmentant la désincitation au recours au gré à gré ne saurait se faire sans redéploiement d'une partie des aides publiques (APA, fiscales et sociales) vers les personnes à forte dépendance.

[74] La mission a relevé aussi qu'un aspect essentiel de la qualité, à savoir la sécurité et l'honnêteté de l'intervention n'a pas été clairement organisé par le législateur²². Les dispositions protégeant contre la captation de biens les personnes vulnérables, c'est-à-dire interdisant toute donation ou testament en faveur des personnes physiques ou morales, propriétaires, administrateurs ou employés d'un établissement dans lequel elles sont hébergées ne visent pas les services à domicile (L.331-4).

[75] De même, l'article 1125-1 du code civil qui interdit à toute personne exerçant une fonction ou un emploi dans un établissement pour personnes âgées ou psychiatrique de se rendre acquéreur d'un bien ou cessionnaire d'un droit appartenant à une personne admise dans l'établissement non plus que de prendre à bail le logement occupé par cette personne avant son admission dans l'établissement ne vise pas non plus les personnes occupant un emploi auprès d'une personne âgée à domicile.

²² Elles figurent en général dans les normes de qualité et les référentiels de certification.

[76] L'article 909 du code civil quant à lui s'applique à tous les établissements et services, mais il ne vise que les membres des professions médicales et de la pharmacie ainsi que les auxiliaires médicaux qui ont prodigué des soins à une personne pendant la maladie dont elle meurt. – « ayant pris soin de la personne durant sa « dernière maladie ».

3.3.2. Un cadre conventionnel inabouti

[77] Outre les services mis en œuvre par les Centres communaux d'action sociale (CCAS), dont les salariés sont régis par le droit de la fonction publique territoriale²³, il existe actuellement plusieurs conventions collectives pour les services d'aide à domicile, et principalement :

- la Convention collective nationale des aides familiales rurales et du personnel de l'aide à domicile en milieu rural (ADMR) du 6 mai 1970,
- la Convention collective nationale des organismes d'aide ou de maintien à domicile du 11 mai 1983,
- la Convention collective nationale des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999, nouvelle convention renégociée après celle de 1980.

[78] Seule cette dernière a été étendue par arrêté du 2 mars 2000, ce qui n'est pas le cas des deux précédentes, qui couvrent l'essentiel du champ associatif de l'aide à domicile. Des négociations sont en cours en vue d'une fusion des conventions associatives, qui pourrait aboutir à une convention unique pour tout le secteur non lucratif, hors CCAS.

[79] Pour les entreprises à but lucratif, l'arrêté du 1^{er} avril 2008 porte extension d'un accord national professionnel conclu dans le secteur des services à la personne. Mais s'il s'agit bien de l'extension du champ de la convention collective des services à la personne, il ne s'agit pas encore du contenu de celle-ci, qui est en cours de négociation, non aboutie à ce jour.

[80] Outre la diversité et la non extension pour les organismes prestataires, le problème est que ces conventions négociées ou en cours de négociation prévoient des conditions de rémunérations et de travail différentes.

²³ La mission n'a pas étudié de manière approfondie la question du statut des intervenants employés par des CCAS. Ils sont régis par le statut de la fonction publique territoriale. Aux termes de celle – ci, trois cas se présentent : ils peuvent être fonctionnaires à temps plein et les règles statutaires, notamment en termes de droits aux congés et de rémunération des journées d'absence pour maladie s'appliquent. Les cotisations sociales sont payées à la Caisse nationale de retraite et d'assurance des collectivités locales. Les collectivités règlent elles-mêmes les indemnités journalières maladie, en s'assurant auprès d'une assurance ou en étant elles-mêmes leur propre assureur. Tous les jours de congé maladie sont payés. Soit ils travaillent moins de 28 heures par mois et dès lors ils peuvent être soit fonctionnaires titulaires à moins de 28 heures par semaine, soit contractuels. Les cotisations sont réglées au régime général de sécurité sociale. Dès lors, ce sont les règles du régime général qui s'appliquent : les indemnités journalières sont payées directement par l'assurance maladie, sauf si la collectivité territoriale lui demande la subrogation ; sauf décision plus favorable de la collectivité, l'agent se voit appliquer les jours de carence, en début de chaque congé de maladie. La mission a constaté qu'à Perpignan, le CCAS n'employait, volontairement, aucun intervenant pour plus de 28 heures, et n'avait pas demandé de subrogation. Sans qu'il soit question de mettre en cause le système des titulaires de moins de 28 heures, position qui offre aux intéressées une stabilité d'emploi et une mensualisation, force est de constater qu'il existe là un frein au passage à temps plein des personnes qui le souhaiteraient. Et donc le risque qu'elles complètent cet emploi stable, mais incomplet par un certain nombre d'heures de gré à gré, assurées de manière régulière ou non.

- [81] Ainsi, seule la convention collective des particuliers employeurs prévoit des systèmes d'équivalence : la « présence responsable diurne », c'est-à-dire la présence pendant laquelle l'intervenant n'effectue aucune activité est rémunérée selon l'équivalence au minimum de deux tiers de la durée de présence ; la nuit, le nombre d'heures de présence sans activité est rémunérée pour un sixième du temps réel, quand il n'y a pas à intervenir auprès de la personne ; s'il y a régulièrement plusieurs interventions nocturnes, c'est le système des heures de présence responsable diurne, de paiement aux deux tiers, qui s'applique. Dès lors, comme les organismes prestataires sont eux obligés de rémunérer toute heure de présence de nuit (y compris la garde sans intervention) au prix fort, ils créent une structure mandataire pour que leurs salariés interviennent la nuit comme salariés des bénéficiaires. Les organismes à but non lucratif autorisés ont demandé qu'un arrêté soit pris, étendant la disposition de la convention collective de 1966 (établissements sociaux et médico-sociaux) relative aux chambres de veille aux services à domicile (c'est-à-dire prévoyant une présence de nuit sans intervention ou à intervention réduite payée de manière moins élevée).
- [82] Le temps de transport entre deux missions est en principe inclus dans la durée de travail (code du travail et conventions collectives). Mais pour les salariés de particuliers employeurs, il ne s'agit jamais d'un temps entre deux missions, mais toujours d'un temps de trajet de chez soi jusque chez l'employeur. La convention collective de l'ADMR prévoit (article 5.4.4) que sont comptés comme temps de travail effectif « le temps de déplacement nécessaire » entre deux séquences de travail effectif, et pour celle de 1983 « les temps de trajet entre deux interventions consécutives ». Ce qui exclu la prise en compte si les deux missions ne se suivent pas.
- [83] Entre les particuliers employeurs et les salariés des organismes prestataires, et pour ces derniers selon l'organisation des plannings, les trajets peuvent être ou non rémunérés, avec des distorsions fortes.
- [84] La problématique est simple : plus les conditions de rémunération des personnels s'améliorent, plus chère est la prestation, qui est constituée à plus de 80% par le coût direct de l'intervenant. Mais moins les conditions de travail sont attractives, plus se développent des pénuries de main d'œuvre et des difficultés à fidéliser une main d'œuvre formée et qualifiée.
- [85] Ce n'est évidemment pas que la rémunération qui est en jeu, mais les avantages divers, le temps de travail effectif, les congés payés, le droit à la formation etc.
- [86] Actuellement les conditions de travail énoncées par la convention collective des particuliers employeurs sont plutôt favorables aux employeurs. Mais si trop d'exigences étaient introduites dans ces contrats, ne risquerait-on pas de faire repartir vers le travail clandestin un pourcentage non négligeable du travail blanchi grâce aux dispositifs des services à la personne, en particulier le CESU ?
- [87] Inversement, les organismes prestataires ne peuvent répondre la plupart du temps aux besoins de présence nocturne, le coût étant disproportionné par rapport à la solvabilisation moyenne des revenus et de l'APA.
- [88] Très clairement, les enjeux sont, d'une part l'unification des conventions collectives du secteur à but non lucratif, en recherchant dans la négociation entre les opérateurs prestataires et les organisations syndicales de salariés, des conditions de travail qui permettent d'améliorer la qualité du service, à défaut de pouvoir être compétitif par rapport aux salariés de gré à gré du point de vue des prix. D'autre part, la future convention du secteur lucratif devra également se positionner sur ces questions de rapport qualité de service/coût.

- [89] Il appartiendra aux pouvoirs publics de veiller au contenu des conventions collectives, et a minima avant de prendre des arrêtés d'extension, afin d'éviter de grosses distorsions de concurrence, et des différences de qualité de service, entre les trois secteurs que sont les centres communaux d'action sociale, le secteur associatif et le secteur à but lucratif.

3.4. Une législation fiscale indifférente à la qualité

- [90] L'incitation fiscale, si elle dépend du coût des interventions, représente la même proportion de la dépense et est plafonnée de la même façon, quel que soit le mode d'intervention des opérateurs. Les déductions fiscales et sociales applicables soit au paiement entier des interventions, soit à leur reste à charge une fois déduit la part financée par l'APA, sont identiques quel que soit le mode d'intervention auprès de la personne, prestataire, mandataire ou gré à gré.
- [91] Ceci revient à avantager le gré à gré : une même déduction fiscale correspond à plus d'heures d'aide, dans ce cas, que dans celui d'un service prestataire.
- [92] Or, pour les personnes dépendantes et ce d'autant plus qu'elles le sont davantage et que leur environnement social et familial est pauvre, l'intervention prestataire est à priori plus adapté et plus garant de qualité ou moins source de risques de non qualité que le service mandataire. En effet, le prestataire, employeur des intervenants, organise et contrôle en principe leur travail, les coordonne et veille à la continuité du service. Au contraire du mandataire qui n'intervient guère que sur l'aspect administratif et a fortiori de la gestion de gré à gré qui laisse la personne âgée et ses proches -quand ils sont présents, seuls face à des problèmes de non qualité et à leur responsabilité d'employeur.
- [93] Curieusement, le crédit d'impôt qui n'est que le pendant des avantages de l'exonération fiscale pour les personnes non soumises ou faiblement soumises à l'IRPP, n'est pas applicable aux personnes non actives, ce qui introduit une discrimination entre les usagers.

3.5. APA : des obstacles réels à une amélioration de la qualité

3.5.1. Les limites de la grille AGGIR

- [94] La grille AGGIR mesure le degré de dépendance à travers un certain nombre de limitations, essentiellement physiques. Comme l'exprime le Comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie²⁴. " *En attribuant à chaque personne une position sur une échelle en six niveaux (Groupes Iso Ressources), AGGIR n'est qu'un indicateur commode pour résumer simplement une situation complexe. La mise en groupe iso ressources ne peut donc être assimilée à une évaluation multidimensionnelle, même si elle impose de recueillir des informations qui couvrent une partie de ce qui doit être considéré dans une évaluation complète. D'autres dimensions doivent être ajoutées comme les activités élaborées, la mobilité, le réseau relationnel, les conditions d'habitat etc., qui seules permettront d'élaborer ce qui est la finalité de l'évaluation : un plan d'aide. Dans ce cadre d'une évaluation globale, l'indicateur AGGIR joue le rôle d'un instrument d'éligibilité à la prestation APA. Il est donc logique qu'il s'insère dans l'évaluation multidimensionnelle mais il ne peut à lui tout seul permettre d'élaborer un plan d'aide* »
- [95] Au contraire de la PCH qui, en principe doit obéir à une logique de compensation des effets du handicap et donc une logique du besoin, l'APA n'est pas calibrée pour permettre à une personne âgée dépendante de rester seule à son domicile, dès lors que sa dépendance augmente et/ou qu'elle ne bénéficie pas d'un entourage proche aidant.

²⁴ Remis en janvier 2003

3.5.2. L'APA, une prestation en nature pas toujours bien utilisée

3.5.2.1. Un contrôle de l'effectivité balbutiant

[96] L'APA est une prestation en nature, c'est-à-dire qu'elle ne doit être versée que pour servir à l'aide en moyens humains ou techniques des personnes dépendantes pour les actes de la vie quotidienne.

[97] Ceci a deux conséquences : la totalité de l'allocation doit être dépensée en services, achats et rémunérations et ces achats doivent correspondre à des biens et actes destinés à l'aide aux actes de la vie quotidienne. Ceci entraîne qu'il y ait un contrôle de l'effectivité de l'utilisation de l'argent versé soit au bénéficiaire soit à l'opérateur par un système de tiers payant.

1) Sont ainsi éligibles des matériels à usage unique (gants, garnitures, produits de toilette spécifiques) mais pas l'alimentation, les produits d'entretien domestique, les produits de loisir. Sont éligibles les services d'une aide ménagère dès lors que la personne ne peut plus accomplir seule des actes comme la réfection de son lit, la préparation de ses repas, les soins domestiques courants. Sont également uniquement éligibles les prestations servies soit par un opérateur prestataire, soit par un salarié, mandaté ou de gré à gré, qui ne peut être ni le conjoint, ni le concubin, ni la personne liée par un PACS avec le bénéficiaire.

Le contrôle de l'effectivité comporte donc le contrôle de la dépense, celui du destinataire de la dépense, celui de la nature du service acheté et enfin celui de l'effectivité du service rendu pour ce prix. Ces contrôles sont effectués sur pièces et a posteriori dans la majorité des départements : factures et bulletins de paie doivent être fournis.

Cependant, un tel contrôle est lourd et il ne peut pas toujours être effectué de manière systématique. Il implique que le Conseil général dispose d'un système de liquidation ligne par ligne de la prestation, alors que souvent il ne dispose que d'un système lui permettant de liquider l'allocation par bénéficiaire et par période. Le contrôle n'est pas intégré au système.

2) La caractéristique de prestation en nature implique que l'opérateur, s'il s'agit d'un prestataire ou d'un mandataire suive acte par acte la réalité du service fait. Or, dans un certain nombre de cas, il peut y avoir une sorte d'accord tacite (que , comme on l'a vu plus haut la situation de dépendance induit) entre les bénéficiaires de l'allocation et soit les salariés, soit les opérateurs : des heures non faites ou non faites à une période donnée peuvent être facturées quand même ; des paiements sont effectués après le décès de la personne et jamais récupérés auprès d'opérateurs qui ont été payés en avances mensuelles sur dotation globale. Sans parler des interventions dont il faut vérifier sur place l'effectivité au bénéfice de la personne, notamment quand l'intervenant est un proche du bénéficiaire, qui peut être conduit à accepter que soient payées des heures non effectuées.

3) Deux systèmes – très minoritaires - permettent actuellement de vérifier au domicile des personnes, sans qu'il y ait intrusion d'un service de contrôle, l'effectivité de la dépense.

- D'une part les systèmes de télégestion développés par certains opérateurs en accord avec les conseils généraux et la CNSA permettent une facturation en temps réel des interventions, à partir d'un terminal portable posé à chaque intervention par l'intervenant sur une « carte » au domicile du bénéficiaire : sont enregistrés la durée de l'intervention, l'identité du bénéficiaire et de l'opérateur (et de l'intervenant pour générer la paie) et donc la facturation, la paie et les déclarations diverses et variées requises.
- D'autre part, le système du CESU préfinancé que la mission a vu fonctionner dans les Pyrénées-Orientales. Ce système décrit dans l'annexe consacré au CESU permet au Conseil général de ne payer que les interventions prévues et effectuées et a généré entre 15 et 20% d'économies aux dires du département. Il faut noter cependant que le système est relativement lourd et que les opérateurs lui

reprochent, outre son coût (plus de 3% de commissions sont à payer par l'opérateur à l'émetteur du CESU) la lourdeur de gestion : les chèques sont à récupérer heure par heure, ce qui aboutit à des retards de paiement importants. Le CCAS de Perpignan se plaignait ainsi à la mission d'avoir plus de 43 600 Euros de chèques non récupérés pour l'année 2008. (Annexe P-O.) D'autre part, le système de l'envoi au bénéficiaire de chèques CESU n'empêche pas que certains bénéficiaires « confient » tous leurs chèques à l'opérateur, à charge pour celui-ci de ne présenter à l'émetteur que ceux qui correspondent à une prestation effectuée.

- La partie suivante, consacrée au contrôle expose de manière plus approfondie les avantages et désavantages de ce système, qui pour l'instant n'est utilisé de manière complète pour l'ensemble des paiements d'APA et de PCH que par le département des Pyrénées-Orientales.

3.5.2.2. Le paradoxe du choix entre quantité et qualité de service

[98] On a montré comment à la fois, le montant de l'APA et besoin quantitatif d'heures d'intervention tendaient à rendre difficile le recours à un service prestataire pour les personnes les plus dépendantes, alors même que leur état leur interdit dans un grand nombre de cas de maîtriser les intervenants nombreux qui agissent à leur domicile.

[99] Le législateur a encouragé le recours à un prestataire pour les personnes qui ont la plus grande perte d'autonomie. En effet, aux termes de l'article L.232-6 du Code de l'action sociale et des familles « *dans les cas de perte d'autonomie les plus importants, lorsque le plan d'aide prévoit l'intervention d'une tierce personne à domicile, l'APA est, sauf refus exprès du bénéficiaire affectée à la rémunération d'un service prestataire d'aide à domicile agréé dans les conditions fixées à l'article L.129-1 du code du travail.* » D'autre part, si la personne qui fait partie des GIR 1 ou 2 recourt à un service prestataire non agréé ou à un employé direct, sa participation est majorée de 10%.

[100] Ces dispositions, outre le fait déjà exposé qu'elles ne sont que peu appliquées, n'apparaissent pas suffisantes :

- d'une part, ce n'est pas seulement le degré de dépendance au sens de la grille AGIR qui permet de définir le besoin du recours à un prestataire, mais une caractéristique qui n'est pas évaluée, celle de la capacité de la personne, malgré une dépendance faible ou plus élevée, à gérer et à commander » les personnes qui s'occupent d'elle
- d'autre part, le taux de 10% d'augmentation en cas d'interventions délivrées de gré à gré n'est pas assez important pour que le recours aux salariés de gré à gré ne reste pas beaucoup moins cher que celui du prestataire. Il faudrait sans doute marquer plus la différence, si l'on souhaite encourager plus le recours au prestataire et augmenter les plafonds des GIR 1 et 2, nonobstant le problème des personnes à taux de participation nul.

[101] Car, soit la personne bénéficiaire est capable, malgré sa dépendance pour certains actes de la vie quotidienne, de manager une ou plusieurs personnes, la livraison des repas, l'achat des produits à usage unique, l'entretien de sa maison, les aides qui lui sont apportées pour prendre soin d'elle, manger, se déplacer et il appartient à son libre choix de préférer rester seule maîtresse à bord chez elle, soit elle n'en est plus capable et on peut estimer qu'il faudrait augmenter l'allocation pour permettre le recours au prestataire.

3.5.2.3. APA : un niveau équivalent quelles que soient les conditions de main d'œuvre locale

[102] Les conditions de vie, de rémunération, de coût de la vie et des loyers sont très variables sur le territoire. Dans certaines zones rurales il y a pénurie de main d'œuvre du fait du faible nombre d'habitants actifs. Dans d'autres zones, proches de grandes villes ou touristiques, il y a pénurie de main d'œuvre, car les personnes intéressées trouvent des emplois mieux rémunérés et moins difficiles, auprès de particuliers employeurs ou dans les secteurs de l'hôtellerie, tourisme. Dans l'Ain par exemple, le Pays de Gex, frontalier avec la Suisse, accueille surtout des actifs travaillant à Genève, tandis que les personnes à bas revenus ne peuvent se loger sur place vu la cherté des loyers induite par la Suisse : ainsi, il est très difficile de trouver localement des salariés pour l'aide à domicile, ou alors venant de loin avec des temps et coûts de transport. Autre exemple, en région parisienne, ce sont très souvent, faute d'autres candidats, des personnes d'origine étrangère qui prennent les emplois dans les services d'aide à domicile, nécessitant fréquemment des demandes de régularisations des titres de séjour. Le secteur a d'ailleurs été inscrit en région parisienne dans la catégorie des « métiers en tension ».

[103] Or l'APA est une prestation plafonnée, forfaitairement, en fonction du degré de dépendance. (On observera d'ailleurs sur ce point que les montants moyens des plans d'aide sont inférieurs de 28 % aux plafonds nationaux fixés pour l'APA. L'écart relatif est moins élevé pour le GIR 1 que pour les autres GIR. Voir annexe sur la solvabilité). Ainsi, le financement par l'APA ne prend pas en compte ces différences de coût de revient des heures d'intervention et en réduit plus ou moins la partie financée ; de ce fait, sauf à limiter les interventions même si le besoin est avéré, cela induit un reste à charge d'autant plus important que la personne a besoin d'un nombre d'heures d'intervention élevé ; dès lors, seul le recours au gré à gré permet de la solvabiliser suffisamment, alors même que l'état de dépendance ou d'isolement qui induit ce besoin rend plus nécessaire la présence d'un prestataire.

4. UNE DEFICIENCE DU CONTROLE

[104] On a démontré ci-dessus l'importance de la création par des organismes divers, agences et têtes de réseaux de référentiels et de critères en matière d'évaluation, d'octroi de labels et de certification de la qualité des services d'aide à domicile. Il s'agit en réalité d'une déclinaison plus ou moins sophistiquée des normes présentes dans les différentes législations.

[105] D'une certaine manière, c'est une forme d'externalisation voire de privatisation du contrôle de la légalité. En tout état de cause si, théoriquement l'autorité administrative du préfet en matière de contrôle des services agréés qualité est importante, les contrôles effectués par les services de l'Etat sont déficients et ne sont pas exercés de manière coordonnée. Le fait que ces interventions s'exercent au domicile des personnes et selon des modalités qui mettent en jeu leur intimité rend les contrôles très difficiles. Les Conseils généraux paraissent les mieux placés pour suivre l'effectivité et la qualité des services d'aide à domicile, même si dans certains cas, ils ont largement délégué ce suivi aux opérateurs eux-mêmes.

4.1. Des pouvoirs de contrôle importants pour les services de l'Etat

4.1.1. Les divers contrôles applicables aux opérateurs de services à la personne

[106] La circulaire ANSP/DGEFP/DGAS n° 1-2007 du 15 Mai 2007 adressée par le Ministre de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement aux préfets des régions et des départements pour les directeurs régionaux et départementaux du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et des affaires sanitaires et sociales reprend (en son point 7 et en son annexe 4) la question du contrôle des opérateurs d'aide à domicile régis soit par le régime de l'autorisation, soit celui de l'agrément, soit celui de l'agrément qualité.²⁵ En réalité, seuls les services prestataires sont réellement visés par ces contrôles, les mandataires ne l'étant que par les contrôles de la consommation pour tromperie sur le service, quand ils ne précisent pas que le service qu'ils rendent est un rapprochement entre les salariés et les employeurs et une gestion administrative de la paie, sans être les employeurs des intervenants ;

4.1.2. L'autorité qui délivre l'agrément a compétence pour recevoir les bilans et retirer l'agrément

[107] Les opérateurs qui délivrent leurs services sur le mode prestataire et dans le régime de l'agrément qualité doivent être contrôlés par les autorités qui ont délivré cet agrément, aux termes des articles L. 7231-1, 2 et L.7232-1 à 7 du Code du travail (anciennement L.129-1 et suivants). Les articles réglementaires correspondants R.7232-1 à 17 de ce code, déterminent les conditions de délivrance et de retrait de l'agrément, et notamment les clauses particulières qui s'appliquent aux organismes d'assistance à des personnes âgées ou handicapées (L.7232-5) dont le respect d'un cahier des charges approuvé par arrêté du ministre chargé de l'emploi.

[108] Toujours dans le code du travail, l'article L.7232-5 précise d'ailleurs " l'exigence de qualité nécessaire à l'intervention des associations, entreprises et établissements publics mentionnés aux articles L.7232-1 et L.7232-4 est équivalente " à celle requise pour les mêmes publics par la loi 20002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

[109] Néanmoins, il faut reconnaître que les compétences de contrôle et surtout de sanction en cas de manquement à ces exigences sont plus élevées s'agissant du régime d'agrément qualité que d'autorisation.

[110] Les opérateurs sont tenus de fournir un bilan qualitatif et quantitatif de l'activité exercée au titre de l'année écoulée. L'agrément délivré pour une durée de cinq ans doit être renouvelé par une demande déposée au plus tard trois mois avant le terme. L'agrément peut être retiré si l'opérateur cesse de remplir les obligations prévues aux articles réglementaires afférant à la délivrance de l'agrément (dont le cahier des charges qualité) et également si l'opérateur ne respecte pas les dispositions relatives à la santé et sécurité au travail, exerce des activités autres, ne transmet pas au préfet avant la fin du premier semestre les bilans suscités.

²⁵ La circulaire reste assez elliptique sur le thème du contrôle. En effet, quoiqu'elle affirme que le contrôle relève de la compétence de plusieurs services déconcentrés, dont les DDTEFP, les DDCCRF et les DDASS, et enjoigne aux préfets de mettre en place une concertation régulière avec l'ensemble de ces acteurs, elle n'est ni adressée aux DDCCRF, ni signée par le ministre en charge de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (ni d'ailleurs de celui en charge de l'emploi, un mois après la signature de la dite circulaire), ni même renseignée correctement par la DGEFP, puisque il apparaît dans le tableau annexe 4, dans la colonne DDTEFP, pour les lignes relevant de la compétence DDTEFP –agrément et agrément qualité par droit d'option-, « préciser l'objet et les références juridiques ». Formule pour le moins cavalière, s'agissant d'une directive adressée à des services pour qu'ils exercent un contrôle, dont on ne leur précise ni les fondements juridiques, ni l'objet !

- [111] Force est de constater que le retrait de l'agrément paraît beaucoup plus simple à mettre en œuvre que le retrait d'autorisation, alors même que les exigences de qualité demandées aux opérateurs agréés sont les mêmes. Le pouvoir de contrôle de la qualité des opérateurs par les autorités administratives qui délivrent l'agrément est donc important. Reste à l'exercer, car il est clair que n'entre pas dans la culture professionnelle des services du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle le contrôle des obligations de qualité instituées par le Code de l'action sociale et des familles et notamment celles relatives au respect du droit des usagers.
- [112] Il paraît donc nécessaire que pour exercer ce contrôle, le préfet fasse appel à la fois aux services de la DDTEFP et à ceux de la DDASS.

4.1.3. La compétence des DDASS en matière de protection de la sécurité, de la santé et du bien être physique et moral des personnes

- [113] S'agissant des services autorisés par le président du Conseil général :

Aux termes d'une rédaction compliquée de l'article L.313-13, il est dit successivement que l'autorité qui a délivré l'autorisation a le pouvoir de contrôle, mais que lorsqu'il s'agit d'un « contrôle qui a pour objet d'apprécier l'état de santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être physique ou moral des bénéficiaires, il est procédé à des visites d'inspection conduites en fonction de la nature du contrôle par un médecin inspecteur de la santé publique ou un inspecteur de l'action sanitaire et sociale... qui veillent à entendre les usagers et leurs familles et à recueillir leurs témoignages ... également celui des personnels du service. Les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale dûment assermentés à cet effet recherchent et constatent les infractions définies au présent code par des procès verbaux transmis au procureur de la République qui font foi jusqu'à preuve du contraire. »

Mais il est dit dans le dernier article de ce même alinéa :

« Dans les établissements et services autorisés par le président du Conseil général, les contrôles prévus à l'alinéa précédent sont effectués par les agents départementaux mentionnés à l'article L.133-2 et dans les conditions définies audit article.

Toutefois ces contrôles peuvent également être exercés, de façon séparée ou conjointe avec ces agents, par les agents de l'Etat mentionnés au présent article. »

Si l'on comprend bien cet article quelque peu obscur : les opérateurs autorisés sont sous le contrôle entier des agents du Conseil général, mais les médecins inspecteurs et les inspecteurs de la DDASS peuvent effectuer des contrôles pour apprécier l'état de santé, la sécurité, le bien être des bénéficiaires, en accord ou non avec le Conseil général.

- [114] S'agissant des services agréés qualité dans le champ des services aux personnes âgées :

Aux termes de l'article L.313-1-1 et de l'article L.331-1, les opérateurs qui ont opté pour l'agrément dans les activités soumises à autorisation sont soumis « au contrôle exercé sous l'autorité du ministre chargé de l'action sociale et des familles et du représentant de l'Etat dans le département, par les agents qualifiés statutairement des directions des affaires sanitaires et sociales dans les conditions prévues à l'article L.313-13 (suscité)... Ce contrôle tend, notamment, à s'assurer de la sécurité des personnes ».

Toutes les autres mentions du Code de la famille et de l'action sociale et des familles qui visent les services à domicile et les contrôles traitent de services autorisés et des autorités ayant délivré l'autorisation. Il apparaît donc que le Conseil général ne dispose pas de pouvoir de contrôle des services agréés qualité et non autorisés, sauf celui de l'application du plan d'aide et de l'effectivité des prestations financées par l'APA.

Tout le contrôle paraît dévolu au représentant de l'Etat et plus particulièrement en matière de santé et de sécurité des personnes aux personnels de la DDASS.

4.1.4. Les autorités chargées de la protection des consommateurs

4.1.4.1. Une attention au secteur des services à la personne en 2007 et 2008

[115] Le code du commerce et de la consommation prévoit diverses protections des consommateurs recourant aux services à la personne. Chaque année, une note d'orientation de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes oriente les services départementaux vers différents secteurs. En 2008, cette direction a fait réitérer des opérations de contrôle déjà effectuées en 2007²⁶.

[116] Aux termes de la directive d'orientation n°6 sur la régulation des marchés, la protection économique du consommateur et sa sécurité, « la DGCCRF doit renforcer ses contrôles pour vérifier que les règles d'information du consommateur sont bien respectées et que les contrats sont passés loyalement. Une attention plus particulière devra être portée sur le respect des dispositions réglementaires liées au démarchage à domicile. En effet, la DGCCRF reçoit de nombreuses plaintes de consommateurs âgés suite à des contrats conclus à la suite d'un démarchage à domicile. Le non-respect du délai de 7 jours de rétractation avant la réalisation de la prestation et le paiement immédiat sont le plus souvent constatés chez des prestataires itinérants qui effectuent des prestations ponctuelles.

[117] Les contrôles sur d'autres pratiques déloyales, telles que la tromperie, l'abus de faiblesse, la publicité de nature à induire en erreur le consommateur, exercées avec pression sur une clientèle vulnérable ou en situation de faiblesse (situation d'urgence) permettront d'atteindre l'objectif de protection du consommateur voulu par les pouvoirs publics. »

4.1.4.2. Autre angle du contrôle : la vigilance sur le fonctionnement concurrentiel du secteur.

[118] La note précitée pointe la question des enseignes (les enseignes nationales sont des organismes, banques, assurances, d'intermédiation entre les salariés ou prestataires et les bénéficiaires). « Il conviendra de surveiller les informations présentées par ces mandataires qui se chargent uniquement de mettre en relation des professionnels et des consommateurs afin de vérifier qu'elles ne sont pas contraires aux règles du droit de la concurrence. De même lorsque ces enseignes agissent en tant que prestataires, les critères d'agrément des entreprises qui réalisent les prestations devront être regardées avec attention ainsi que les contrats passés avec ces entreprises. »

[119] Il est fait allusion là, d'après les renseignements communiqués par le directeur de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes des Pyrénées-Orientales notamment au critère d'exclusivité de l'activité des prestataires œuvrant pour des services à la personne. Ainsi une entreprise de taxi ne peut-elle pas obtenir l'agrément pour le transport des personnes âgées ou handicapées si elle transporte par ailleurs le tout venant.

[120] Cette clause a davantage pour but de préserver le droit à la concurrence et notamment les entreprises inscrites au registre de l'artisanat et du commerce contre une concurrence de services à la personne largement aidés, que de protéger les bénéficiaires de ces services.

4.1.5. Compétence de l'inspection du travail : les entreprises prestataires ²⁷

[121] Les organismes prestataires de service à la personne, qu'ils œuvrent sous le régime de l'autorisation ou de l'agrément sont des employeurs soumis comme les autres à la législation du travail, c'est-à-dire au Code du Travail et aux conventions collectives.

²⁶ Celles-ci ont porté sur 67 associations, 62 entreprises privées et 3 CCAS

²⁷ Et à la marge, les organismes mandataires, qui ne doivent pas être des employeurs

[122] Quelles que soient les dispositions contrôlées, les contrôles se font non pas sur les conditions de travail au domicile des personnes, mais sur les règlements intérieurs, les contrats de travail, l'existence ou non d'une information sur les produits dangereux (entretien), la prévention des risques lors des manipulations, l'inclusion du temps de transport entre deux domiciles d'intervention dans la durée de travail ...

4.2. Un contrôle au nom de l'Etat discordant

4.2.1. Une absence de directive interministérielle

[123] L'Etat central n'a pas établi de règles claires quant à l'exercice d'un contrôle conjoint. La circulaire du 15 mai 2007 précitée n'est pas signée par le ministre des Finances. L'inspection du travail considère que son indépendance exige de ne pas se voir imposer de plans de contrôles par le Préfet. Et certains services de la concurrence et de la consommation pensent que leur intervention, quand elle s'appuie sur le droit pénal, les oblige au secret.

4.2.2. Des tentatives de rapprochement des services au niveau départemental

[124] Quoiqu'il en soit, dans certains départements, les services déconcentrés commencent à mettre en place, sous l'égide de la direction du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, qui assure la délégation territoriale de l'agence nationale des services à la personne des modalités de contrôle coordonné.

[125] Les Pyrénées-Orientales ont établi un document de contrôle conjoint entre la DDASS, la DDTEFP et la DDCCRF et l'inspection du travail et invitent le Conseil général à participer à ces contrôles.

[126] Les Hauts de Seine recherchent, de même, à favoriser une action de contrôle de chacune de ces directions sur les opérateurs agréés « sous réserve » par la DDTEFP (cette notion n'a pas de sens juridique, mais recouvre les agréments donnés à des opérateurs qui, n'étant pas en fonctionnement ou pas totalement au moment de leur demande d'agrément, ont déposé un dossier dans lequel ils s'engagent à respecter les normes de l'agrément qualité, par exemple du point de vue des qualifications des cadres ou des intervenants).

4.2.3. Un contrôle conjoint au nom de la loi, indispensable

[127] Le risque de contrôles éclatés est de voir des contrôles de l'Etat aboutir à des injonctions contradictoires, par exemple entre le respect des prix ou des tarifs requis par le Conseil général ou la DDCCRF et celui des demandes de l'Inspection du travail qui impliquent des coûts supplémentaires. L'exigence de la DDASS en matière de bien-être des bénéficiaires, d'évaluation des risques de maltraitance se confronte parfois à une application stricte des règles du code du travail.

[128] En effet, l'équilibre économique de ce secteur est particulièrement fragile : une grande dépendance à l'égard des financements publics, un taux de marge très faible qui ne permet pas aux opérateurs d'améliorer facilement la qualité du service ou celle des conditions de travail, une certaine instabilité des personnels et des clients. Les injonctions normatives se heurtent donc souvent à ces intérêts économiques contradictoires. Sans parler de la tendance des professionnels de ce secteur à travailler « en indépendants », des demandes contradictoires des personnes et de leurs familles pour plus de protection ou plus de liberté, plus de qualité standardisée ou plus d'individualisation.

[129] L'application de normes abstraites, élaborées loin du terrain ne saurait tenir lieu de garantie de la qualité de la prise en charge des usagers les plus fragiles. Il est indispensable de voir sur le terrain et au plus près de l'utilisateur, comment les opérateurs fonctionnent.

4.3. Un contrôle entravé par le lieu d'exercice des intervenants

4.3.1. Le domicile des personnes n'est pas accessible aux autorités de contrôle

[130] Le Code de l'action sociale et des familles permet aux diverses autorités de contrôle de pénétrer dans les établissements pour y apprécier l'état de santé, le bien-être des bénéficiaires et en général leurs conditions de vie. Et ce, même si la chambre de la personne hébergée dans un établissement médico-social est considérée comme constituant son domicile privé.

[131] Mais, s'agissant du domicile des personnes, aucun article ne prévoit qu'une autorité puisse y entrer sans son autorisation. Il sera donc difficile de vérifier les soupçons de maltraitance énoncés par des proches, des voisins, dans les cas où la personne elle-même, soit incapable, soit sous emprise, ne se plaint pas. De même pour les soupçons de vol dont les familles font souvent état.

[132] Seule une plainte en justice, suffisamment étayée pourra justifier la venue des autorités mandatées par la justice au domicile d'une personne qui ne les y appelle pas.

4.3.2. La responsabilité finale des opérateurs

[133] En revanche, il y a une possibilité réelle du contrôle du travail effectué par les intervenants par leur hiérarchie proche :

- Certaines entreprises par exemple ont établi un système de « supervision » du travail fait de la manière suivante : l'intervenant travaille selon une périodicité régulière, alternant travail et récupération, le tout sur quinze jours. Lors d'une journée de récupération tous les dix ou quinze jours, elle est remplacée par une intervenante/coordinatrice ou encadrante qui peut ainsi vérifier sur place et auprès de la personne sa satisfaction, les problèmes éventuels...
- Le directeur du service d'aide à domicile du CCAS de Perpignan voyait «chaque intervenant au moins une fois par mois quand elle venait faire signer ses fiches d'heures pour l'établissement de sa paie et de la facturation ». Il pense que c'était une manière intéressante de suivre le travail et que depuis que la facturation se fait par le biais du recueil des CESU, il n'a pas encore trouvé de moyens de contacts réguliers avec les intervenants.
- Le suivi des interventions par télégestion ne constitue pas seulement un moyen simple d'établissement de la facturation et de la paie pour les opérateurs ; il représente un système de pointage des heures effectuées par les intervenants auprès de chaque personne, relevant que le temps payé est effectué et que l'intervention a lieu à heure exacte. C'est d'ailleurs bien ainsi que cela a été ressenti par certains professionnels qui ont critiqué ces formes de « flicage ». Il n'empêche que la télégestion constitue un moyen objectif de s'assurer de l'effectivité du service fait, pour chacun des acteurs. Le suivi quantitatif n'empêche pas le suivi et le soutien qualitatif, au contraire.

4.3.3. Un mode mandataire rénové ?

[134] L'importance de ce suivi par les encadrants de proximité montre bien pourquoi le mode prestataire apporte plus de garantie de qualité que le mode de gré à gré.

- [135] Pour l'heure, la fonction de mandataire a essentiellement eu pour objet de rapprocher les offres de services et les demandes et de faciliter pour les bénéficiaires la gestion administrative de l'emploi.
- [136] Certains organismes mandataires offrent en outre, en tout cas proposent, une « garantie » sur la qualité des intervenants, éventuellement leur coordination.
- [137] Mais le statut actuel du mandataire limite son intervention à une gestion du rapprochement et de la gestion administrative de la main d'œuvre. Dans certains cas, les DDCCRF font état de ce qui pourrait être considéré comme une « tromperie » sur le service rendu : en effet, des employeurs (ou leurs héritiers) ne sont pas vraiment conscients du fait qu'ils exercent cette responsabilité et notamment qu'ils sont redevables à leur salarié d'indemnités de licenciement en cas de fin d'intervention du fait d'une hospitalisation ou d'un décès. Il est donc nécessaire de bien préciser quelles sont les limites de l'intervention du mandataire.
- [138] L'ANSP et la CNSA étudient, dans le cadre du 5^{ème} risque, un statut de mandataire « qualité » qui pourrait être chargé par le département, par convention, de s'assurer de la qualité des interventions des salariés de gré à gré. C'est une proposition qu'il faut sans doute approfondir, sachant cependant que, lorsqu'on est dans une situation de pénurie de main d'œuvre, comme c'est le cas dans certains départements, les salariés de gré à gré en arrivent à demander des rémunérations supérieures qui peuvent amener à ce que le tarif mandataire ainsi rénové soit très proche, voire égal au tarif prestataire.

4.4. Conseil général, des pouvoirs réels de suivi de la qualité des opérateurs

4.4.1. Des textes trop peu explicites pour mettre fin aux interventions de mauvaise qualité

- [139] On l'a vu ci-dessus, il est difficile pour les Conseils généraux de retirer une autorisation et il n'existe pas de sanction intermédiaire s'agissant de défauts dans la qualité de l'intervention. En effet, baisser les tarifs n'arrangerait pas la situation et les augmenter n'améliore la situation que si l'opérateur est bien organisé et souhaite renforcer la qualité de ses interventions.
- [140] Quant à l'agrément, le Conseil général n'a pas plus de pouvoir de retrait, sauf cependant à saisir le Préfet, soit pour que l'agrément soit retiré pour non-conformité au cahier des charges, soit pour qu'il diligente une inspection de la DDASS.

4.4.2. Une implication des services du Conseil général dans l'établissement et le suivi des plans d'aide

- [141] Mais c'est le Conseil général qui, dans l'établissement des plans d'aide et dans l'animation de la politique en direction des personnes âgées, est le mieux placé pour connaître la réalité des interventions à domicile. Les équipes APA sont fondées à visiter les personnes pour s'enquérir de leur satisfaction et si elles ne peuvent pas leur imposer un changement de prestataire, elles aussi peuvent en cas de défaillance grave saisir la DDASS et sinon inciter les prestataires ou les salariés de gré à gré à améliorer leur intervention.
- [142] Dans les Hauts de Seine qui disposent d'équipes médico-sociales APA relativement nombreuses (autant qu'en Val-de-Marne et plus qu'en Eure-et-Loir, Bouches-du-Rhône et Haute-Corse aux termes de l'enquête de l'IGAS en cours sur le contrôle de l'APA, rapport n°...) et très mobilisées, ce travail de suivi de proximité est l'essentiel du contrôle, le département n'ayant mis en place aucun contrôle de l'effectivité.

- [143] Dans l'Ain, ce contrôle et ce suivi semblent avoir été délégués aux têtes de réseau des opérateurs associatifs autorisés. Ce système manque un peu de la présence de tiers. Néanmoins, il existe dans ce département une très bonne connaissance du terrain local par les équipes du Conseil général, de la CRAM et de la MSA qui travaillent conjointement.
- [144] Dans les Pyrénées-Orientales, les services du Conseil général procèdent, comme on l'a exposé ci-dessus à des audits dans le cadre de la délivrance de ce qu'ils appellent un label mais qui s'apparente à une politique classique de conventionnement dans laquelle sont énoncées des exigences qualité concrètes et définies les modalités de leur contrôle. C'est, on l'a vu, cette voie du conventionnement que prône la CNSA qui prévoit l'octroi des fonds de modernisation non plus par appel à projets de chaque opérateur, mais en concluant une double convention, de la CNSA pour l'ensemble du département et de chaque département avec les opérateurs choisis²⁸..
- [145] A condition que ces dispositifs de conventionnement respectent le droit de la concurrence (ouverts à tous les opérateurs qui s'engagent sur les exigences requises sur appel d'offres) et ne constituent pas un dispositif supplémentaire s'empilant sur ceux engagés avec l'ANSP et l'ANACT ou s'additionnant avec des systèmes de labellisation ou de certification, les Conseils généraux paraissent les plus à même de garantir un suivi et un contrôle effectif et concret de la qualité de l'intervention, sur fond de contrôle par les services de l'Etat de l'application de la loi par les opérateurs.

5. COMMENT AMELIORER LA QUALITE DES INTERVENTIONS DES SERVICES A DOMICILE POUR PERSONNES AGEES ?

- [146] Les enquêtes menées auprès des têtes de réseau, tant administratives que fédératives comme les entretiens effectués dans trois départements ont permis de compléter la très riche littérature parue sur le sujet des services à la personne dans les deux dernières années. Au premier titre desquelles nous citerons le rapport bilan de la loi de 2005 établi par Michèle Debonneuil, inspectrice générale des finances, qui insiste à juste titre sur l'importance du levier qualité pour développer quantitativement l'offre et la demande d'emplois dans les services à la personne.
- [147] Le secteur d'intervention à domicile que nous avons choisi d'analyser spécifiquement est encadré par deux législations, c'est à cette complication qu'il s'agit de remédier d'abord.
- [148] Mais la simplification législative ne saurait tenir à elle seule lieu de levier d'amélioration de la qualité. Le moyen le plus évident tient à l'amélioration de la qualité des personnels, de leur encadrement et de l'organisation locale du maintien à domicile et son intégration dans une coordination globale de la politique en faveur des personnes âgées. S'agissant de la lutte contre la non qualité, le moyen le plus évident, est celui du contrôle. On l'a vu, il paraît défailant et masquer ses insuffisances par une prolifération de procédures d'évaluation et de certification coûteuses et plus ou moins adaptées ne nous paraît pas efficient.
- [149] Dans un cadre législatif simplifié, il s'agirait pour l'Etat de s'assurer que les grands principes législatifs s'appliquent : de respect de la concurrence et de protection des usagers à domicile ; de garantie de respect de la sécurité et de la santé des usagers fragiles pris en charge par un service d'aide à domicile ; de respect du code du travail.

²⁸ Reste à voir si la CNSA ne rajoute pas une nouvelle couche de normes nationales au lieu de faire la différence entre les normes législatives dont il appartient aux services de l'Etat de contrôler l'application et les exigences définies au niveau départemental qui seront forcément très diverses selon les territoires

[150] L'article L.113-2 du code de l'action sociale et des familles stipule que c'est au département qu'il revient de définir, coordonner, organiser la politique d'action sociale et les équipes médico-sociales au niveau du territoire. Dans le cadre de conventions que le Conseil général peut passer, encouragé par la CNSA, avec les opérateurs, il s'agit bien de développer des interventions de qualité grâce à un meilleur encadrement et une animation et une formation bien adaptées. C'est en effet, plus au niveau du bassin de vie, au plus proche des usagers et de leurs familles qu'il convient d'organiser l'aide à domicile pour les personnes âgées et un système de recours et de traitement des plaintes réactif.

5.1. Clarifier et simplifier la réglementation

[151] On l'a noté, le foisonnement des textes législatifs et réglementaires²⁹ et leur harmonisation entraînent une telle complexité qu'un organisme d'Etat comme l'agence nationale du service à la personne a dû recourir aux services d'un cabinet d'avocats privé pour expliciter les conséquences de ces différents textes, notamment au regard du droit européen. Cette étude, fort bien faite au demeurant, plaide pour une application du régime de l'autorisation qui ne nuise pas à l'installation d'autres services économiques d'aide à la personne, ni n'institue une sorte d'entente sur les tarifs entre quelques opérateurs. Elle montre bien que, seules des raisons d'intérêt général bien explicitées peuvent justifier l'attribution de droits exclusifs ou spéciaux à certains organismes de même que des subventions, qui en tout état de cause doivent être déclarées ou transparentes.

[152] La simplification que nous proposons n'a donc pas pour seul motif, qui suffirait pourtant, de mettre fin à une complication législative telle que nul n'y retrouve de cohérence. Elle vise aussi à mettre fin aux logiques contradictoires à l'œuvre dans ce secteur.

5.1.1. Un seul régime pour l'exercice de l'aide à domicile

[153] Les exigences, tant en termes d'évaluation de la qualité que de respect des droits des usagers, sont identiques dans les régimes d'autorisation ou d'agrément qualité. Différent juste la périodicité des évaluations requises, la fixation du tarif et son évolution.

[154] Mais la coexistence de deux logiques d'intervention publique pour ces services a induit des stratégies publiques très différentes d'un département à l'autre. Certes, la diversité est la marque d'une décentralisation réelle. Mais, dans certains cas, on assiste au déni d'un droit au profit de l'autre. L'application du régime de l'autorisation a abouti à interdire le secteur à certains opérateurs et a installé les autres dans une situation sinon de monopole, du moins de concurrence très atténuée, sans forcément d'exigence de qualité. Dans d'autres cas, la loi de 2002-2 est devenue lettre morte, tous les opérateurs se situant du point de vue de l'agrément qualité et le département ne tarifant pas les opérateurs autorisés.

[155] D'un point de vue économique, l'existence d'un secteur autorisé ne se justifie que si l'ensemble des établissements du secteur doivent être autorisés. En effet, la tarification, qui accompagne l'autorisation, est assise sur une prévision du nombre d'interventions comme du montant des dépenses. Mais l'ouverture du secteur à des services libres (au départ) de fixer leurs prix, pourrait générer des fluctuations dans la réalisation de ces dépenses qui aboutiraient in fine à renchérir beaucoup le coût unitaire des interventions et à charger les finances départementales de la reprise des pertes budgétaires de certains organismes.

²⁹ Nous avons tenté de rassembler et d'analyser l'important corpus de textes législatifs et réglementaires et de circulaires dans l'annexe n° 3, « Législation et réglementation ».

- [156] Certes, des départements peuvent « réserver » aux opérateurs autorisés, par divers biais, l'essentiel des interventions financées par l'allocation personnalisée d'autonomie : c'est le cas de l'Ain qui n'accorde pas d'autorisation à de nouveaux opérateurs, et ne paie les prestations vendues par les opérateurs agréés qualité qu'au prix du tarif mandataire. Dans les Pyrénées-Orientales, les opérateurs agréés sont remboursés à un tarif inférieur d'environ 2 Euros par heure par rapport aux opérateurs autorisés. Ce qui leur laisse, malgré tout, la possibilité d'intervenir et de demander une autorisation dans la deuxième ou troisième année d'intervention. Le département se dit "non fermé" aux demandes d'opérateur à but lucratif. Mais il n'a pas encore accordé d'autorisation.
- [157] Quoiqu'il en soit, d'une part l'existence de deux régimes et l'absence de règles claires fixées par un texte d'un niveau qui s'impose aux collectivités territoriales est de nature à favoriser à terme des contentieux complexes et coûteux, d'autre part le flou introduit par l'inflation des textes ne permet ni une régulation légale et rationnelle de l'offre par les Conseils généraux, ni une meilleure définition et une coordination de la politique d'aide au maintien à domicile des personnes âgées qui le souhaitent.
- [158] La mission estime donc qu'il faut supprimer l'un des deux régimes. L'agrément qualité recouvre un champ d'activités plus large et un éventail d'opérateurs plus diversifiés que l'autorisation. En outre, pour l'essentiel les exigences introduites par la loi 2002-2 pour les services d'aide à domicile ont été reprises par les textes relatifs à l'agrément qualité et au droit d'option. La mission propose donc de supprimer le régime d'autorisation pour les services à domicile.

Recommandation n°1 : **Supprimer le régime d'autorisation (L.312-1, 6°, deuxième alinéa) pour les services à domicile pour personnes âgées. Pour cela, supprimer dans l'article L.312-1, 6° deuxième alinéa, « les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées... ». Ce membre de phrase : « ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale » ainsi que toutes les mentions relatives à ce régime d'autorisation des SAD contenues dans le code de l'action sociale et des familles.**

5.1.2. Un tarif de responsabilité et une liberté contractuelle

- [159] La liberté contractuelle de fixation des tarifs des services n'est pas de nature à favoriser les dérives, dès lors que les règles d'application en matière d'information des usagers sur le prix et la nature du service, de délai de rétractation pour les démarchages à domicile sont bien respectées. Les contrôles de la direction départementale de la concurrence et de la répression des fraudes permettent de s'en assurer et devraient être menés (cf. section consacrée au contrôle) selon un plan concerté avec les autres services de l'Etat dans les départements.
- [160] Aux termes de la législation et de la réglementation du Code du travail relative à l'agrément des opérateurs de service à la personne, repris dans la circulaire du 15 mai 2007 :
- [161] *« Le prix des prestations, fixé librement dans le cadre d'un contrat conclu entre l'organisme et le bénéficiaire varie dans la limite d'un pourcentage fixé par arrêté du ministre chargé des finances, compte tenu de l'évolution des salaires et du coût des services. Une dérogation à ce taux peut être accordée par le Préfet en cas d'augmentation importante des coûts d'exploitation résultant de l'amélioration des prestations existantes ou de la modification des conditions de gestion ou d'exploitation. »*
- [162] *Compte tenu du principe de liberté des prix des prestations à la signature des contrats, ces dérogations revêtent un caractère exceptionnel et doivent s'appuyer sur un dossier économique et financier complet. Elles sont le plus souvent instruites par les DDCCRF.»*

[163] Compte tenu de la faible marge dégagée par la production de ces services et de l'importance de l'amélioration de leur qualité par la formation et l'encadrement des intervenants, il convient d'éviter que la régulation du prix devienne cause de non qualité. Il faudrait donc instruire les demandes de dérogation de manière souple, quand elles représentent une amélioration réelle de la qualité.

Recommandation n°2 : Prévoir que les augmentations de prix qui résulteraient d'une amélioration de la qualité bénéficiant directement aux usagers pourrait être répercutées sur l'évolution des tarifs dès lors qu'il apparaîtrait qu'elle pourrait mettre en péril l'équilibre économique des prestataires de service à domicile agréés qualité.

[164] Les financeurs de l'APA paient celle-ci de différentes manières :

- ils remboursent sa part d'APA au bénéficiaire sur la base du tarif pratiqué par l'opérateur ;
- ils remboursent la part d'APA calculée sur un tarif (de responsabilité³⁰) qu'ils ont fixé. ;
- dans le cadre de conventions, ils peuvent imposer un tarif obligatoire à tous les opérateurs (tarif opposable) ;
- ils peuvent aussi, dans le cadre conventionnel, imposer un tarif à chaque opérateur.

[165] Fixer un tarif de responsabilité et non pas un tarif opposable, comme pour les personnes handicapées risque d'introduire des difficultés d'accès aux services, en fonction des « dépassements » pratiqués. Pourtant, il paraît difficile d'exiger des opérateurs qu'ils pratiquent tous le même tarif, quelles que soient leurs conditions de développement, l'importance de leur chiffre d'affaire etc., les conditions géographiques dans lesquelles ils interviennent, l'offre de main d'œuvre dans le territoire. En revanche, il serait possible que les prestataires soient conventionnés avec les départements et qu'en échange d'engagements de modération des dépassements par rapport d'un tarif de responsabilité, ils bénéficient d'aides à la qualité : formation des intervenants, des encadrants ; aide à la télégestion. De plus, on peut imaginer que dans ces conventions les départements mettraient en place, avec les opérateurs conventionnés un dispositif de tiers payant. Comme on l'a exposé dans la partie consacrée aux dispositions législatives régissant l'autorisation et l'agrément qualité (3-3-1- Un fouillis législatif), encadrée par un système conventionnel et par la spécificité de la demande des bénéficiaires de l'APA, pour une large part faiblement solvables au-delà du plafond de cette allocation, l'inflation des prix de l'offre de services à la personne ne paraît pas un vrai risque, sinon en faveur d'une réelle amélioration de la qualité, dont on ne peut pas interdire le développement, même si la régulation des finances publiques ne permet pas d'espérer qu'elle sera universellement proposée.

Recommandation n°3 : Si la proposition visant à faire œuvrer tous les services à domicile au régime de l'agrément qualité était retenue, la procédure de paiement de l'APA devrait se faire en appliquant un tarif de responsabilité, le même pour tous les opérateurs quel que soit le tarif qu'ils pratiquent contractuellement ; mais les départements pourraient impulser par conventions avec les opérateurs une modération des coûts en échange d'aides concrètes apportées par le Conseil général à l'amélioration de la qualité du service : formation des intervenants et des encadrants, aide à la gestion, audits de qualité et, éventuellement, mise en place d'un système de tiers payant.

Recommandation n°4 : Si devaient subsister deux régimes, les services à domicile agréés et non autorisés devraient bénéficier d'un tarif de responsabilité égal à la moyenne des tarifs obligatoires des prestataires autorisés et cette obligation devrait être mentionnée dans un article de loi ;

³⁰ On le rappelle, le droit des assurances nomme « tarif de responsabilité » le tarif qui sert de base au financeur (assurance, caisse de sécurité sociale, financeur public...) pour établir sa part de prise en charge. Ce tarif peut être opposable, c'est-à-dire qu'il s'impose aux professionnels. C'est le tarif qui « met en jeu la responsabilité de l'assureur ». Quand le tarif n'est « que de responsabilité », il n'empêche pas le professionnel d'appliquer un tarif plus élevé. Sauf convention limitant les prix pratiqués par les professionnels, comme celles qui lient les professionnels de santé et l'assurance maladie ou diverses mutuelles.

5.1.3. Protéger les personnes âgées des risques de captation de leurs biens

[166] Comme on l'a exposé ci-dessus, aucune disposition législative ne protège les bénéficiaires et leurs familles de la captation d'héritage par un gestionnaire ou professionnel de l'aide à domicile. Si l'interrogation systématique de nos interlocuteurs nationaux n'a pas permis à la mission d'avoir un avis objectivé sur l'existence effective de captations d'héritage, les déplacements en province ont parfois été plus éclairants. Sans conteste, la chose n'est pas inexistante et en tout cas, les familles peuvent la craindre. (Même si certains interlocuteurs ont fait remarquer que les plus âpres à liquider l'héritage, même avant le décès du légataire, pouvaient être des membres de sa famille).

[167] Il ne s'agit pas de soupçonner systématiquement des professionnels souvent dévoués parce qu'ils ne sont pas très bien rémunérés et fortement soumis par les personnes elles-mêmes à la tentation. Ni d'interdire toute gratification supplémentaire au tarif, donnée par des personnes âgées ou leurs proches qui ont noué avec eux des relations de confiance et d'affection. Mais il serait regrettable que le comportement manipulateur de quelques uns suscite la défiance envers tous et il est plus simple de supprimer la possibilité de tester en faveur des professionnels de l'aide à domicile, sans interdire des gratifications raisonnables. C'est ce que prévoit l'article 909 du code civil, qui, dans sa rédaction applicable à compter du 1^o janvier 2009 excepte des dispositions entre vifs ou testamentaires : « *les dispositions rémunératoires faites à titre particulier, eu égard aux facultés du disposant et aux services rendus ; les dispositions universelles dans le cas de parenté jusqu'au quatrième degré inclusivement, pourvu toutefois que le décédé n'ait pas d'héritiers en ligne directe ; à moins que celui au profit de qui la disposition a été faite ne soit lui-même du nombre de ces héritiers* ».

[168] La mission estime qu'il devrait être possible dès lors d' :

Recommandation n°5 : Introduire dans l'article L.331-4 du Code de l'action sociale et des familles qui interdit la donation ou le testament, dans les termes fixés par L.909 du Code civil, d'une personne âgée en faveur des professionnels de l'établissement qui l'héberge, un membre de phrase visant également les personnes physiques ou morales, propriétaires, administrateurs ou employés des organismes gérant des services à domicile en faveur des personnes âgées ou handicapées ainsi que les personnes employées directement ou par l'intermédiaire d'un mandataire par des personnes âgées ou handicapées.

5.1.4. Aménager les conditions de calcul de l'APA pour en améliorer la qualité

[169] Actuellement, le niveau de l'APA est conditionné d'une part par la position de la personne sur la grille évaluant la perte d'autonomie (GIR) et d'autre part ses ressources.

5.1.4.1. Evaluer la capacité de la personne ou de son entourage à manager les intervenants

[170] La mission a constaté que, quand le bénéficiaire ou ses proches ne sont pas en mesure de coordonner et d'encadrer des intervenants parfois multiples, seul le recours à un prestataire était à même de garantir un niveau minimum de qualité. C'est pourtant souvent dans des cas de ce type que le niveau plafond de l'APA oblige à recourir soit à un mandataire, soit à plusieurs salariés de gré à gré. Au risque du déni des travaux réputés les moins gratifiants (l'aide domestique par exemple, mais aussi le fait de donner des soins très doucement à un bénéficiaire atteint de la maladie d'Alzheimer et très ralenti dans ses réflexes...) chaque intervenant renvoyant sur l'autre la tâche honnie : c'est la problématique de "qui veut bien passer la serpillère ?". C'est pourquoi, malgré les difficultés exposées en partie 3-5-1, il convient de renforcer « l'incitation » à recourir à un prestataire quand n'existe pas au domicile du bénéficiaire cette capacité de management des aidants :

Recommandation n°6 : Ajouter à l'article 232-6, deuxième alinéa, l'item suivant : » Dans les cas de perte d'autonomie les plus importants ou lorsque ni la personne, ni son entourage ne sont en mesure de manager et coordonner les intervenants requis par son état de dépendance....

Recommandation n°7 : Relever le plafond d'APA dans ces cas et diminuer de plus de 10% leur participation à une aide de gré à gré pour les personnes visées.

Recommandation n°8 : Introduire une disposition obligeant les bénéficiaires visés les plus fragiles à un recours minimal à un prestataire, dont une partie du service devrait être consacré à la coordination de l'ensemble des aidants.

5.1.4.2. Approfondir la perspective d'un statut mandataire incluant une fonction rémunérée d'encadrement des intervenants

[171] Certains estiment que le recours augmenté aux intervenants de gré à gré, induit par une recherche d'économie, pourrait être compensé par une coordination effectuée par des mandataires au statut renouvelé, délivrant une prestation qui s'apparenterait à un suivi, coordination des intervenants. Cette situation poserait malgré tout des problèmes. Car si la coordination peut être faite directement entre les mandataires et les professionnels, le suivi et le contrôle du travail effectué implique un lien de subordination entre l'encadrant et l'intervenant. Or c'est le bénéficiaire qui reste l'employeur.

[172] D'autre part, un travail plus important pour le mandataire en augmenterait le prix et l'apparenterait à celui d'un prestataire.

Recommandation n°9 : Mettre à l'étude un statut du mandataire « conseil qualité » qui serait chargé (et rémunéré) outre ses fonctions de rapprochement entre une main d'œuvre et des employeurs particuliers, d'exercer une forme légère d'encadrement/coordination des interventions.

5.1.4.3. Augmenter l'aide publique aux personnes âgées devant recourir à une aide à domicile

[173] Toute amélioration de la qualité, de l'encadrement, de la formation, de la prestation aura une incidence sur le coût du service. Soit les personnes se détourneront de la prestation pour recourir plus massivement encore aux salariés de gré à gré, plus ou moins déclarés, sans formation, ni encadrement, soit il faudra augmenter le montant des aides publiques pour les bénéficiaires les moins solvables.

[174] Actuellement, les problèmes de solvabilité les plus importants se posent pour les personnes très dépendantes (GIR 1 et 2), pour lesquelles il peut être difficile de finaliser un plan d'aide à l'intérieur de l'enveloppe APA. Lorsque ces personnes disposent de ressources importantes, certes elles paient une participation plus importante, qui peut aller jusqu'à 90% du plafond, mais elles peuvent également bénéficier de la déduction fiscale des sommes restées à leur charge, à hauteur de 15 000 Euros par an. Ce qui correspond à l'engagement par le bénéficiaire, sur ses ressources, de sommes équivalant à 2 500 Euros par mois, auxquelles s'ajoutent dans tous les cas au moins 100 Euros d'APA, soit 2 600 Euros par an. En revanche les personnes qui ne bénéficient que d'une retraite minimale, environ 670 Euros par mois, disposeront de 1 000 Euros par mois d'APA. On constate donc que les personnes les plus fortunées sont également les plus aidées, pour un besoin de dépendance identique.

[175] Il devrait être possible d'affecter une partie des sommes gagnées à des crédits d'impôt, au moins au bénéfice des personnes classées en groupes iso-ressources 1 et 2, en plafonnant la déduction fiscale pour personnes âgées à moins de 15 000 Euros. Cette solution aurait le mérite d'égaliser au moins l'aide publique à la dépendance. Une telle opération n'aurait pas d'effets sur l'emploi, dès lors que les personnes à faible revenu se verraient octroyer les sommes nécessaires à l'emploi des professionnels, éventuellement moins employés par les plus riches, du fait du plafonnement de la déduction fiscale.

[176] D'autre part, les bénéficiaires classés en groupe iso-ressources 4 sont moins consommateurs d'heures d'aide que ceux classés en groupes iso-ressources 1 et 2, qui nécessitent une aide plus importante et mieux justifiée. La possibilité de l'augmentation de ceux-ci à hauteur d'une faible diminution des groupes iso-ressources 4 mérite d'être étudiée.

Recommandation n°10 : Redéployer les aides dans l'enveloppe globale des finances publiques (Etat, Sécurité sociale, CNSA, Départements) :

- **augmenter les plafonds des GIR 1 et 2 et baisser à dû besoin celui du GIR 4 ;**
- **étendre les crédits d'impôts aux personnes non actives, pour l'aide aux personnes âgées dépendantes.**
- **baisser éventuellement les plafonds de déduction fiscale**

5.1.4.4. Allocation personnalisée d'autonomie et recouvrement sur succession

[177] Actuellement, l'APA n'est pas recouvrable sur succession.

[178] Aux termes de la loi du 20 juillet 2001, l'article L.232-19 du code prévoit, *Les sommes servies au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie ne font pas l'objet d'un recouvrement sur la succession du bénéficiaire, sur le légataire ou sur le donataire.*

[179] La question des successions est, on le sait, délicate en France. L'expérience de la prestation spécialisée dépendance a démontré un refus d'y recourir de la part de personnes âgées craignant que ce recours n'obère la transmission familiale de leur patrimoine. Car même s'il est avéré que les collectivités ne recouvrent pas en dessous de certaines sommes, il suffit d'agiter ce chiffon rouge pour faire monter la tension.

[180] Certains estiment d'ailleurs que l'équité consiste à ce que les personnes ne souffrent pas du fait d'avoir eu un parent dépendant, la question de l'égalité entre les personnes qui héritent et celles qui n'héritent pas devant se régler en dehors de la question de la dépendance.

[181] Reste que d'une part, très clairement, le non recours sur succession avait été imaginé pour inciter les personnes à rester à domicile, incitation qui n'existe plus dès lors que c'est toute la prise en charge de la dépendance, en établissement ou à domicile qui échappe au recouvrement. D'autre part, la part de fonds publics et donc de prélèvements obligatoires nécessaire à la prise en charge de la dépendance ne saurait qu'augmenter. Cette augmentation sera à répartir entre les bénéficiaires et les contribuables : l'augmentation de la part des bénéficiaires pourra se faire soit en faisant évoluer le barème de participation pour augmenter celle des plus fortunés, soit en faisant évoluer les plafonds d'aide moins vite que l'augmentation de leur coût. Auquel cas, ce seraient tous les bénéficiaires qui en pâtiraient, mais les bénéficiaires les plus riches pourraient compléter leur plan d'aide par un recours à des interventions aidées fiscalement (puisque étant plus riches ils bénéficient de crédits d'impôts).

[182] Soit, on augmente l'effort de tous en direction des personnes dépendantes et de leurs familles, en augmentant pour tous les aides.

[183] Soit on augmente le montant des aides, en corrélant l'ensemble des aides, APA et aides fiscales, pour déterminer un barème de restes à charge en fonction des ressources du bénéficiaire et de ses héritiers. C'est dans ce contexte et dans cette perspective qu'il peut être mis à l'étude le recouvrement sur succession à partir d'un patrimoine équivalent à un certain nombre d'années d'aide.

Recommandation n°11 : Mettre à l'étude les hypothèses d'augmentation de l'aide versée à tous les bénéficiaires souffrant d'un certain degré de dépendance (GIR 3 ou 2 et 1) en mettant en œuvre un calcul qui permette une appréciation globale de toutes les aides publiques, quelle que soit leur nature, et toutes les formes d'équilibrage, y compris éventuellement le recours sur succession à partir d'un certain niveau de patrimoine.

5.2. Renforcer les contrôles à tous les niveaux

[184] La mission a pris connaissance et a analysé les différents modes d'évaluation, de certification et d'octroi de labels élaborés ou en cours d'élaboration.

[185] Ainsi que cela a été exposé, il ne lui semble pas efficient de continuer à développer ce type d'approche, dont le coût rapporté au coût des interventions paraît élevé.

[186] En revanche, les contrôles de la conformité des interventions par rapport aux différentes législations doivent être renforcés, de même qu'un contrôle moderne de l'effectivité du paiement de l'APA et de la réalité des interventions.

5.2.1. Eviter la prolifération des évaluations et certifications diverses et variées

[187] La loi de 2002-2 a introduit l'évaluation dans le secteur médico-social. Cette démarche devrait permettre d'améliorer la qualité de l'accueil et du respect des usagers dans la plupart des établissements. L'approche globale, qui englobe les exigences gestionnaires, de qualité du service, de formation des personnels, de prévention et de lutte contre les mauvais traitements et pour l'amélioration de la qualité du service est essentielle.

[188] Plusieurs motifs poussent la mission à proposer cependant de ne pas suivre la voie de l'extension de ces méthodes pour améliorer la qualité des services à domicile :

- les services à domicile sont organisés de manière simple, les niveaux hiérarchiques y sont rarement supérieurs à trois, la complexité de l'intervention est faible ;
- les services à domicile prestataires sont très sévèrement concurrencés au niveau prix par les services rendus par des salariés employés directs des bénéficiaires : toute augmentation, même minime du prix de la prestation crée un effet d'éviction et un renvoi sur les salariés de gré à gré ;
- la diversité des besoins des bénéficiaires rend difficile la standardisation des interventions et partant des démarches de certification parfois très procédurales ;
- la faiblesse de l'appareil administratif et gestionnaire des opérateurs d'aide à domicile rend toute démarche qualité coûteuse, car elle nécessite l'engagement de personnels spécialisés et ne peut pas être effectuée sur les marges de productivité existantes.
- il existe des risques importants dans le secteur d'accointance de divers prestataires qualité avec les grandes fédérations ; dès lors chaque fédération a tendance à vouloir développer son propre système de certification ou d'octroi de labels. Démarche qui renchérit les coûts évoqués.
- les démarches de certification et d'octroi de labels analysées sont pour large part une mise en forme à peine modifiée des normes réglementaires et législatives, ce qui interroge sur leur réelle plus value, sinon publicitaire.

- [189] C'est pourquoi la mission ne prône pas le développement de la certification, des labels, en tout cas dans un paysage qui resterait régi par une réglementation normative très exigeante – autorisation ou agrément qualité.

Recommandation n°12 : Ne pas inciter les opérateurs ni les têtes de réseau à développer de nouvelles démarches de certification, ni d'évaluation. A tout le moins ne pas en faire supporter le coût par des financements publics.

5.2.2. Faire exercer pleinement leurs compétences de contrôle et de recours par les services de l'Etat

- [190] La mission est bien consciente de la fragilité du paysage institutionnel actuel des services déconcentrés de l'Etat.
- [191] Néanmoins, une chose est sûre, le contrôle sera, quelles que soient les nouvelles configurations régionales ou départementales des services en charge du médico-social, de l'inspection du travail, de l'emploi, de la concurrence et de la répression des fraudes, une prérogative à exercer par ces services départementaux ou régionaux et ce de manière coordonnée.
- [192] En effet, comme on l'a établi dans le constat, les différentes législations ont établi des normes en matière de respect de la santé, de la sécurité et du bien être physique et moral des personnes âgées prises en charge par les différents services, de respect d'exigence de qualité par les services prestataires ou mandataires, de respect du droit du travail par les employeurs de salariés, y compris particuliers, de protection des consommateurs contre notamment le démarchage à domicile, l'information incomplète, la tromperie sur le produit.
- [193] De même, les services de recouvrement des cotisations sociales et les services fiscaux doivent appliquer les textes instituant des déductions aux seuls employeurs de services à la personne remplissant certaines conditions quant à l'agrément de l'opérateur, l'âge des bénéficiaires, la nature des prestations donnant lieu à déduction.
- [194] Les services de l'Etat, central ou déconcentré ont donc compétence pour vérifier que ces normes sont appliquées.
- [195] Tous les services cités, y compris l'inspection du travail, disposent du pouvoir de contrôle sur pièces et sur place auprès des prestataires et pour part auprès des mandataires de leur respect de la loi. Tous les services cités ont également compétence pour traiter les plaintes des usagers, y compris, quand celui-ci en est d'accord, par une enquête sur place, au domicile.
- [196] C'est pourquoi la mission propose que l'Etat cesse de créer ou d'aider à créer sans cesse de nouveaux systèmes normatifs, des guides et des référentiels, des agences et des organismes habilités pour effectuer des bilans, des évaluations internes et externes, des audits de certification dont on ne sait pas qui les traitera, quelles en seront les effets et comment ils seront conduits sur un temps long, notamment à quel coût.

Recommandation n°13 : Faire exercer par tous les services de l'Etat compétents, dans le département ou la région, un contrôle coordonné, conjoint et régulier des normes législatives et réglementaires qui régissent les services à la personne rendus aux personnes âgées et dépendantes par des opérateurs prestataires et mandataires.

[197] En matière de recours de l'usager, il est prévu que les plaintes ou réclamations soient traitées et recueillies par les opérateurs eux-mêmes. On l'a vu, le système de médiation prévu par la norme de l'agrément qualité n'a pas vu le jour. Par ailleurs, il existe au niveau national et dans un département comme les Hauts de Seine, des téléphones verts sur la maltraitance. Les représentants des usagers seraient favorables à une organisation plus territorialisée du recueil et du traitement des plaintes et réclamations.

Recommandation n°14 : Charger les services du représentant de l'Etat dans le département et du Conseil général d'organiser un système de recueil et de traitement des plaintes des usagers et de leurs familles qui soit connu, facilement accessible, rapide et approfondi.

5.2.3. Articuler le contrôle des services de l'Etat en appui aux services du Conseil général

[198] Le Conseil général a compétence pour contrôler les opérateurs à divers titres ; versement de l'APA, coordination de la politique en direction des personnes âgées, avis donné pour la délivrance de l'agrément qualité aux services d'aide à domicile. Il est en quelque sorte ordonnateur de la prestation puisque ce sont ses services qui établissent le plan d'aide.

[199] Il paraît donc important que les services de l'Etat conservent une compétence de contrôle de l'application générale des lois, tout en permettant au Conseil général de disposer des conclusions de ces contrôles pour mieux organiser la politique d'aide au maintien à domicile des personnes âgées au niveau du département.

Recommandation n°15 : Mettre en place, à l'initiative du préfet, au niveau départemental, une cellule contrôle qualité des services à la personne, réunissant tous les services de l'Etat et des organismes sociaux et les services du Conseil général pour programmer et tirer les conséquences des contrôles effectués.

Recommandation n°16 : Prévoir que les inspecteurs des affaires sanitaires et sociales et les médecins inspecteurs viennent en appui aux services chargés de l'instruction et du renouvellement des agréments qualité et aux services du Conseil général pour le contrôle de la qualité de service des services d'aide à la personne, en particulier pour tout ce qui touche à la sécurité, la santé, le bien être moral et physique des bénéficiaires.

5.2.4. Mettre en place un contrôle de l'effectivité de l'allocation personnalisée d'autonomie, du côté des usagers et des opérateurs

[200] On l'a vu plus haut, il existe 2 systèmes - pour l'heure peu développés en France –qui permettent de garantir que l'APA a été effectivement utilisée à ses fins : la télégestion et le CESU préfinancé.

[201] Le système de télégestion a le mérite de la simplicité et de l'automatisation de tâches de gestion lourdes et répétitives. Il décharge entièrement le bénéficiaire des tâches de gestion de son allocation. Il est, passé le premier investissement, sans doute moins coûteux pour les opérateurs. Il offre une plus grande sécurité quant au contrôle de l'effectivité que le système du CESU préfinancé, puisque la facturation ne peut être enclenchée que par la présence effective de l'intervenant, heure par heure.

- [202] En revanche, certains départements pourraient craindre que le système ne soit si transparent et si commode que les bénéficiaires ne se rendent plus compte de l'aide apportée par la collectivité publique. C'est le point de vue du Conseil général des Pyrénées-Orientales qui voit comme principal avantage au CESU préfinancé, le fait que le bénéficiaire sache « qui paie le service ». Certains opérateurs estiment d'ailleurs que les indus dont parlent les départements étaient surtout générés par une volonté de ne pas braquer les bénéficiaires/électeurs.
- [203] Quoiqu'il en soit, il devrait être possible à terme de combiner les avantages des deux systèmes et notamment de prévoir un système de télégestion générant des « factures » du service rendu adressées périodiquement aux bénéficiaires. Il faudrait d'autre part que le système du CESU préfinancé soit plus neutre vis-à-vis des différents régimes d'intervention : actuellement seuls les prestataires et les mandataires acquittent une commission auprès de l'émetteur.

Recommandation n°17: Mettre en place des systèmes de gestion qui permettent de contrôler l'effectivité de l'emploi de l'APA, en privilégiant une solution technique la plus appropriée et la moins coûteuse pour chacun des partenaires et en assortissant le tiers payant d'un récapitulatif périodique des dépenses publiques effectuées au bénéfice des allocataires.

5.3. *Promouvoir l'amélioration de la qualité par des mesures concrètes et adaptées aux territoires*

- [204] L'enjeu, face aux besoins sociaux croissants liés au vieillissement de la population, est de mettre en œuvre une organisation qui produise le maximum de qualité de service pour l'utilisateur, en l'occurrence la personne âgée à domicile, dont les facultés physiques et/ou mentales déclinent progressivement. La problématique pourrait s'élargir bien sûr à d'autres services à la personne, et notamment la garde d'enfant ou les personnes handicapées en particulier.
- [205] Dans cette optique, le Conseil général, du fait de ses compétences sociales et de son financement, ainsi que de sa proximité avec le terrain, est en première ligne et sa responsabilité serait judicieusement renforcée en la matière. Ceci est d'autant plus important que serait supprimé le régime « d'autorisation » au profit d'un dispositif d'agrément qualité unique. Le Conseil général est aussi le mieux à même d'ajuster les interventions selon la nature des territoires, urbains, ruraux ou périurbains. Mais la production de qualité de service passe aussi par une organisation locale adaptée à cet objectif, incluant la participation des usagers-clients ou de leurs familles.

5.3.1. Responsabiliser pleinement les conseils généraux sur l'enjeu « qualité de service »

5.3.1.1. Renforcer la « responsabilité qualité » du Conseil général dans le code de l'action sociale et des familles, que les services soient autorisés ou agréés qualité

[206] On l'a vu, le Conseil général détient d'ores et déjà des compétences larges en matière d'action sociale en faveur des personnes âgées, et notamment par l'article L113-2 du code de l'action sociale et des familles : « *Le département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale mentionné à l'article L312-4, les actions menées par les différents intervenants, définit des secteurs géographiques d'intervention...* ». Outre cette compétence d'ensemble, le département veille à la cohérence des actions des CLIC (Centre local d'information et de coordination), des équipes médico-sociales, ainsi que des établissements et services en faveur des personnes âgées ; il est habilité à signer des conventions avec tous les intervenants (article L113-2), ainsi que des contrats ou conventions pluriannuels avec les gestionnaires d'établissements ou services (article L313-11 du CASF). Il gère l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA, article L232-3 et suivants), l'aide sociale départementale (article L3214-1 du code général des collectivités territoriales, CGCT). Il autorise les établissements et services (Article L313-1 et suivants du CASF), même si, pour les services, l'agrément qualité délivré par l'Etat (article L129-1 du code du travail) est équivalent. Sans préjudice des pouvoirs de contrôle de l'Etat, le Conseil général doit exercer le contrôle sur les établissements et services qu'il autorise (article L313-13 du CASF), et à ce titre, émettre des injonctions (L313-14) ou prononcer la fermeture totale ou partielle, provisoire ou définitive, de l'établissement ou du service (L313-16).

[207] Le rôle et les pouvoirs du Conseil général et de son président sont donc déjà largement fixés par les textes. Toutefois, ceux-ci ne garantissent pas la qualité des interventions, en particulier à domicile des personnes fragiles. La mission propose de le responsabiliser davantage sur cette fonction, plutôt que de laisser des certifications ou labels multiples sans garantie réelle de qualité du service à l'utilisateur/client, prendre ce « marché » dont les conseils généraux supporteront le coût inévitablement.

Recommandation n°18 : **Introduire dans le code de l'action sociale et des familles la responsabilité pour le Conseil général de veiller à la qualité du service rendu au domicile de l'utilisateur et d'assurer un « contrôle qualité ». Le Conseil général pourrait s'appuyer utilement sur les équipes médico-sociales APA, les CLIC, sur le comité d'utilisateurs proposé par ailleurs (Cf. § infra), ou sur des enquêtes de satisfactions auprès des bénéficiaires et leurs familles. La diffusion des résultats de telles enquêtes, à condition d'être rigoureuse sur le plan méthodologique, serait sans doute un moyen beaucoup plus efficace que des certifications ou labels pour faire évoluer les pratiques, tout au moins là où existe une certaine concurrence.**

5.3.1.2. Promouvoir un dispositif conventionnel entre Conseil général et opérateurs, avec objectifs et moyens

[208] Il semble à la mission que l'amélioration de la qualité du service rendu aux bénéficiaires de l'aide à domicile passe essentiellement par l'amélioration des compétences individuelles et collectives des intervenants et de leurs employeurs, par le développement de l'encadrement et du soutien de proximité, par le développement de l'implication et de l'intérêt pour leur travail de salariés qui se verraient reconnaître ainsi de véritables possibilités de qualification et de mobilité.

[209] L'ensemble de ces mesures a un coût, non négligeable :

- l'amélioration des compétences passe par des formations, en accompagnement individuel ou en tutorat, en ateliers de groupes, sur site de travail ou en dehors qui permettent aux

intervenants de maîtriser les situations techniques auxquelles ils sont confrontés en matière de santé et de sécurité des bénéficiaires, d'amélioration de leur confort de vie, de réponses aux divers problèmes posés par l'évolution de l'état de santé physique et moral des bénéficiaires, par la connaissance des conséquences de diverses pathologies de la dépendance sur les demandes des personnes par rapport aux actes de la vie quotidienne. Ces formations peuvent être dispensées par des organismes de formation, mais aussi par des formateurs sur sites, elles pourraient être dispensées de manière mutualisée aux intervenants de divers opérateurs et aux intervenants salariés directs dans un territoire donné.

- Le coût de la formation comprend celui de l'appareil de formation, mais également la rémunération des heures des stagiaires, y compris quand il s'agit d'une formation en tutorat.
- L'intervention auprès de personnes âgées dépendantes confronte les intervenants à la déchéance physique et psychique et à la mort. Ce sont des professions dans lesquelles les salariés doivent sans cesse trouver un équilibre entre une distance mécanique et qui apporte peu aux bénéficiaires et une implication trop importante, qui aurait des répercussions sur leur santé psychique. Seule la confrontation avec d'autres professionnels ou bénévoles, dans des groupes de soutien ou dans des entretiens individuels permet aux intervenants de garder la bonne distance.
- Le travail social prend sens pour les professionnels quand il n'est pas organisé de manière taylorisée, qu'il leur permet d'avoir une vision continue et globale du devenir des bénéficiaires, qu'il réunit autour de la personne une équipe. Ceci a largement été démontré pour l'ensemble des professions sociales et bien sûr s'applique d'autant plus que les bénéficiaires ont une faible autonomie par rapport aux professionnels. Mais une organisation non taylorisée, qui permet que chaque intervention s'accompagne d'un temps d'échange avec le bénéficiaire, que le nombre d'intervenants ne soit pas plus élevé que ne le nécessite la stricte application des règles en matière de code du travail, qui privilégie dans une certaine mesure les affinités et rejets électifs entre bénéficiaires et professionnels est forcément plus coûteuse qu'une organisation dont le seul critère d'affectation des personnels serait le moindre coût. Il est probable que sur un long terme, un management participatif aura des conséquences bénéfiques même du point de vue économique sur le taux d'absentéisme, le taux d'invalidité, la fidélisation des personnels, leur évolution, et à terme l'attractivité de l'employeur ou du territoire.

[210] On peut imaginer qu'une stricte régulation par le marché avantagera à terme les services de qualité, même à prix supérieur. Sans doute sera-ce le cas pour les bénéficiaires solvables ou dont les proches le sont.

[211] En revanche, on peut aussi imaginer que les Conseils généraux, soucieux d'offrir à leurs ressortissants âgés ou dépendants des services de qualité engagent les intervenants à acquérir cette qualité en participant à l'offre de formation, l'amélioration du soutien et de l'encadrement, l'organisation du travail privilégiant la continuité et la qualité du service.

[212] Dans le cadre actuel de la négociation des tarifs des services à domicile autorisés, ces rubriques sont prévues dans le calcul des tarifs, ce qui n'est pas le cas des services agréés pour lesquels il est fait référence à la convention collective. Dont toutes ne prévoient pas que les salariés aient accès à la formation, à la rémunération de temps hors intervention pour la formation, le soutien, ni un temps minimum d'intervention.

[213] La mission estime que dans le cadre de la réforme visant à unifier le régime d'intervention des services à domicile.

Recommandation n°19 : Aider les Conseils généraux par des incitations de la CNSA ou de l'ANSP à passer des conventions d'objectifs et de moyens avec les opérateurs, conventions qui détermineraient, par engagements réciproques :

- Le niveau de dépassement maximum du tarif de responsabilité ;
- la participation à des programmes de formation d'acquisition et de développement des compétences, organisés et / ou financés au niveau départemental ou infra-départemental pour tous les opérateurs de SAD ;
- le paiement d'un temps des professionnels consacré au soutien et à l'échange ;
- la participation à la formation et éventuellement la rémunération d'encadrants de proximité chargés de soutenir, évaluer et suivre les intervenants à domicile ;
- l'accès des intervenants, quelle que soit leur qualification de base à des programmes de formation qualifiants ou diplômants qui leur permettent d'envisager une évolution de carrière dans ou hors du secteur de l'aide à domicile aux personnes âgées.

5.3.1.3. Organiser des formations de « qualité comportementale » courtes

[214] L'enjeu pour la qualité du service rendu à domicile n'est pas tant, ou pas pour tous les intervenants, de dispenser des formations qualifiantes, avec diplômes à la clé. Les dispositifs existent pour cela, et le département peut conventionner à cet effet avec la région en particulier pour le développement de formations sociales pour répondre aux besoins prévisionnels.

[215] En revanche, et c'est un enjeu fort pour la qualité de service, il ressort des visites de terrain, et des entretiens avec les associations d'usagers la nécessité de formations courtes, qualitatives, pour l'ensemble des personnels intervenants au domicile de personnes âgées. Le savoir-être, les questions de comportement dans les différentes situations, sont en effet essentiels pour une bonne compréhension de la situation, pour une réponse adaptée à la personne. Il va de soi que cela est d'une importance capitale lorsque les personnes âgées sont atteintes de maladie de type Alzheimer. Ces mini-formations seront aussi des occasions d'échange entre les personnels, et de soutien pour eux, afin de mieux faire face à ces situations fréquentes et lourdes à gérer, y compris avec les familles. Il apparaît essentiel de généraliser ce type de session courte, d'une journée par exemple.

[216] Ceci n'empêche pas le développement d'initiatives visant à former des intervenants et à favoriser une progression de leur carrière par des initiatives visant à leur faire acquérir des compétences directement utiles à toute fonction en relation avec les populations en difficultés, telle le diplôme universitaire mis en place à Perpignan, par l'université, le Conseil général et les organismes sociaux.

Recommandation n°20 : Prévoir l'organisation par le département, directement ou à travers des conventions avec des partenaires, un marché public ou une délégation de service public, de formations qualitatives courtes pour les personnels des services à domicile, qui pourraient utilement être ouvertes aux salariés directs des personnes âgées. Ces formations de « qualité comportementale » seraient axées sur le savoir-être, le comportement selon les situations, notamment pour les personnes atteintes de maladie de type Alzheimer.

5.3.1.4. Expérimenter des organisations utilisant des nouvelles technologies pour limiter les coûts

[217] La question du coût du maintien à domicile a été soulevée, et peut aller à l'encontre de la qualité de service pour les personnes très dépendantes. La question se pose dès lors qu'une personne doit être présente la nuit en particulier. La limitation des coûts par le biais d'adaptation dans les conventions collectives atteint vite ses limites, et actuellement, les personnes âgées sont contraintes d'utiliser du personnel de gré à gré.

- [218] Nous avons souligné la nécessité de faciliter le passage en maison de retraite, le maintien à domicile n'étant pas systématiquement le meilleur gage de qualité de service. Néanmoins, l'attachement psychologique à rester à domicile est important, et des solutions économiquement viables sont à rechercher.
- [219] L'utilisation des technologies modernes offre des perspectives : nous l'avons déjà évoqué avec les solutions qui se développent pour le contrôle de l'effectivité de la présence par exemple. Mais l'enjeu est aussi dans des solutions qui réduisent le besoin d'heures de personnel, ce qui n'est pas évident dans un tel service de « main d'œuvre ». Mais des hypothèses existent, et peuvent être d'une grande utilité notamment pour la nuit.
- [220] En s'inspirant du modèle de la téléalarme, un dispositif de télésurveillance vidéo dans l'appartement relié à un central de surveillance dans les bureaux du service, pouvant être couplé à une mini-équipe prête à partir et/ou d'astreinte, permettrait de réduire considérablement les coûts de personnel pour la nuit, voire en partie en journée. L'appui sur un établissement pour cette surveillance nocturne pourrait aussi optimiser les moyens. Evidemment, la présence humaine n'est pas là et le service n'est donc pas le même pour la personne âgée. Mais c'est sans doute moins problématique pour la nuit, et cela permettrait aussi de pallier les difficultés de recrutement de personnels, notamment dans certaines zones géographiques. Il va de soi également que de telles solutions posent des questions de protection de la vie privée, et que cela suppose un encadrement et des contrôles stricts. L'accord express de la personne et de sa famille est naturellement impératif.
- [221] Des premières expériences se mettent en place, à Saint-Etienne par exemple.
- [222] Là encore, le développement de moyens techniques ne saurait faire oublier les multiples possibilités d'aide et d'étayage du lien social, comme par exemple les initiatives visant à proposer aux étudiants ou jeunes travailleurs en recherche de logement, un hébergement contre une présence la nuit.

Recommandation n°21 : Favoriser l'expérimentation des services utilisant les nouvelles technologies afin de réduire les coûts du maintien à domicile, notamment pour la nuit, avec des dispositifs de télésurveillance vidéo. Une évaluation des expériences sera indispensable, afin de mettre en place un encadrement juridique garantissant la protection de la vie privée, ainsi que des contrôles.

5.3.2. Favoriser une dynamique locale de qualité au niveau des bassins de vie

5.3.2.1. Mieux organiser l'articulation des équipes APA et/ou CLIC avec les opérateurs

- [223] L'organisation varie d'un département à l'autre, et les rôles respectifs des équipes APA et des CLIC sont à la fois diversifiés et pas toujours bien définis. Or l'ensemble de ces intervenants est financé par le Conseil général. Leur articulation dans une démarche globale cohérente, avec pour enjeu le meilleur service aux personnes âgées, est déterminante, et doit être mieux pensée et renforcée. C'est au Conseil général qu'il revient d'assurer la meilleure organisation possible en la matière, en fonction des territoires et des réalités locales.
- [224] Equipes APA et/ou CLIC peuvent être davantage mobilisés pour œuvrer avec les opérateurs et veiller à la qualité du service rendu aux personnes âgées. Des échanges réguliers sur la situation des personnes, sur l'organisation des opérateurs, et l'organisation de leurs interventions seraient très souhaitables.

- [225] Au-delà, une visite, au moins annuelle, chez les personnes âgées permettraient à l'équipe APA, ou, le cas échéant au CLIC (notamment si c'est le médecin traitant qui est chargé de l'évaluation de la dépendance de la personne âgée) de vérifier la dimension qualitative de l'intervention de l'opérateur, à travers les échanges avec la personne âgée, le carnet de suivi etc.

Recommandation n°22 : Améliorer l'articulation des équipes APA et CLIC avec les opérateurs, dans une démarche qualité de service. Le Conseil général doit prendre en compte cet objectif dans l'organisation interne et territoriale de ces structures, et intégrer cette collaboration dans les conventions d'objectifs et de moyens avec les opérateurs.

5.3.2.2. Développer les accueils de jour

- [226] La qualité de service à domicile passe aussi par l'animation en direction des personnes âgées et le maintien de la socialisation. L'organisation de dispositif d'accueil de jour pour les personnes âgées dépendantes, comme il en existe déjà, est un bon moyen complémentaire d'améliorer la qualité globale de service pour la personne âgée tout en apportant un soutien très important pour l'entourage. Le service doit être complet, avec transport des personnes âgées depuis leur domicile. L'appui sur un établissement peut être précieux et judicieux pour l'organisation de tels services.

Recommandation n°23 : Développer les accueils de jour pour les personnes âgées, en complément des services de maintien à domicile, pour favoriser une qualité globale de service pour la personne âgée et le maintien de sa socialisation. Le Conseil général devrait favoriser l'émergence de ces accueils de jour.

5.3.2.3. Favoriser le partenariat entre établissements et services à domicile

- [227] Le partenariat entre les opérateurs de service à domicile et les établissements pour personnes âgées est largement inexistant, sauf exception. La mission souligne un double enjeu :
- [228] D'une part, faciliter le passage entre domicile et établissement pour les personnes âgées. La rupture physique et psychologique est délicate pour la personne âgée bien sûr ; elle l'est aussi pour la famille. Organiser des passerelles, soit par des participations à des activités d'animation, soit par des séjours court, permettrait de dédramatiser ce moment difficile, alors que certaines personnes âgées restent quelquefois au-delà du raisonnable à domicile, avec des risques pour elle-même, et des coûts élevés d'intervention, sans pour autant garantir un service adapté et de qualité.
- [229] D'autre part, pour le personnel des services à domicile comme pour celui des établissements, l'organisation de passages entre services et établissements pourrait à la fois offrir des perspectives de carrière plus diversifiées, éviter la lassitude générée par le travail en situation isolée, et favoriser une formation adaptée et en situation des personnels, grâce au travail en équipe en établissement. Cela favoriserait également la connaissance des établissements par les personnels des services et concourrait au premier enjeu. Nous avons évoqué plus haut la possibilité de s'appuyer sur un établissement pour des dispositifs de surveillance à distance, notamment pour la nuit.
- [230] Le Conseil général, signataire des conventions tripartites avec les établissements, et financeur aussi bien des établissements que des services à domiciles par le biais de l'APA, est l'autorité la mieux à même d'inciter, ou même d'organiser ce partenariat.

Recommandation n°24 : Organiser, à l'initiative du Conseil général, des partenariats entre les services de maintien à domicile et les établissements pour personnes âgées, d'une part pour faciliter le passage domicile/ établissement pour les personnes âgées, d'autre part pour la formation et les évolutions de carrière des personnels, ainsi que pour l'organisation éventuelle de certains services. Le partenariat pourrait aussi s'étendre pour des dispositifs de surveillance à distance, pour la nuit notamment.

5.3.3. Créer un comité d'usagers des services à domicile

- [231] Un des vecteurs important de l'amélioration de la qualité d'un service est de donner la possibilité facile de s'exprimer aux personnes « usagères » ou « clientes » des services. Par personne, il faut entendre la personne âgée elle-même, mais aussi son entourage, familial ou non. L'enjeu est de disposer d'un organisme médiateur entre la personne et le service, auprès duquel elle n'ose pas toujours protester. Et par ce biais, de disposer d'une vision globale des remarques, critiques, accusations...propositions aussi concernant le ou les services au niveau du bassin de vie. Par effet de feed-back sur les gestionnaires, l'objectif est de pousser à l'amélioration de la qualité du service rendu concrètement sur le terrain. Il ne s'agit pas ici des questions de maltraitance, pour lesquelles le dispositif national et les relais départementaux doivent naturellement être maintenus ; mais d'amélioration qualitative du service rendu.
- [232] Pour les établissements et certains services (accueil de jour continu), existent déjà en ce sens les « conseils de la vie sociale (article L311-6 et D311-3 et suivants du CASF). Mais ces organismes, quelquefois remplacés par d'autres formes de participation (groupe d'expression...article D311-3), sont adaptés aux établissements, et d'ailleurs non obligatoires pour les services de maintien à domicile.
- [233] De même, au niveau des collectivités locales, des « commissions consultatives des services publics locaux » sont prévues pour (article L 1413-1 du code des collectivités locales, CGCT). Au-delà même des textes, certaines collectivités mettent en place des structures de ce type, comme les « comités de ligne » en Rhône-Alpes pour les lignes de train express régionaux (TER).
- [234] Dans ce domaine du maintien à domicile, plus délicat encore compte tenu de l'aspect individuel de la relation personne âgée/ salarié (que ce dernier soit salarié d'un service ou à fortiori salarié direct de la personne âgée), un tel comité d'usagers aurait encore plus de sens, afin de pallier l'incapacité collective d'action et de revendication des « clients ».
- [235] Le bon niveau d'organisation d'un tel comité d'usagers est le bassin de vie en milieu rural ou périurbain, la ville ou le quartier en milieu urbain, pour couvrir l'ensemble des services et établissements du secteur. L'initiative de leur création doit logiquement revenir au Conseil général, qui définira les zones géographiques en cohérence avec son organisation territoriale, en assurera le secrétariat. Le comité pourrait être présidé par un conseiller général, comprendre des représentants des communes, ainsi que des représentants d'association œuvrant dans le domaine de l'action sociale des personnes âgées, ainsi que bien sûr de représentants d'associations d'usagers.
- [236] A noter qu'un tel comité pourrait judicieusement couvrir l'ensemble du champ de l'aide à domicile : personnes âgées, personnes handicapées, garde d'enfants...Il devrait disposer de tous les rapports d'activité des conseils de la vie sociale, des groupes d'expression ou enquêtes de satisfaction de chaque service ou établissement du territoire. Il pourrait procéder à des auditions, ou diligenter la réalisation d'enquêtes de satisfaction. Il débattrait et adopterait un rapport annuel qui permettrait de disposer d'une vue d'ensemble et de l'amélioration qualitative, de la coopération entre établissements et services et des suites données par les organismes. Le Conseil général disposerait ainsi d'informations pour agir vis-à-vis des organismes, ainsi que les services de contrôle pour orienter leur action.

Recommandation n°25 : Créer à l'initiative du Conseil général des « comités consultatifs d'usagers » répartis sur le territoire départemental, en lien avec son organisation territoriale, pour recenser et débattre de toutes les remarques, critiques ou plaintes, ainsi que propositions, visant à l'amélioration de la qualité du service rendu à domicile, et de la coordination entre les services et les établissements. Il pourrait aussi faire procéder à des enquêtes de satisfaction. La création et le rôle de ces comités d'usagers devraient être inscrits dans le code de l'action sociale et des familles (CASF) et le code général des collectivités locales (CGCT)

CONCLUSION

- [237] La qualité des services à domicile auprès des personnes âgées, particulièrement difficile à définir et à encadrer, comporte de multiples aspects qui tiennent à la fois à l'environnement de la personne elle-même et à des composantes individuelles de l'intervenant – de l'ordre du savoir être et du savoir faire – et collectives de la structure employeuse (planning des interventions, coordination, suivi).
- [238] La mission s'est attachée à l'écologie du dispositif qui, en amont de ces facteurs est un déterminant de la qualité de l'ensemble. Elle attire l'attention sur le fait que le thème de la qualité ne doit pas être un alibi, coûteux et brouillon, à des solutions plus structurelles qui ont trait au régime administratif de ces services (il doit impérativement être clarifié et simplifié), au contrôle qui doit enfin devenir effectif de la part de l'Etat et du Conseil général agissant de concert et à une révision du financement qui, actuellement, est faussement égalitaire entre les structures prestataires et le gré à gré et insuffisamment renforcé pour les personnes très dépendantes dans le cadre de l'APA.
- [239] La France s'est engagée dès le début des années 1980 dans une politique de décentralisation, complétée en 2003 par le transfert de presque toutes les compétences sociales au département. Il est nécessaire de prendre la mesure de cette transformation et de reconsidérer la structuration et la fonction des services de l'Etat au niveau central et local. Il convient notamment de ne pas remplacer la coordination et la mise en œuvre de la politique en faveur des personnes âgées, dévolue depuis 2003 aux départements, par l'élaboration de normes d'évaluation et de référentiels de certification dont le coût final est supporté par les collectivités territoriales et les usagers, sans qu'il soit bien certain que la qualité, des services à domicile, en soit améliorée.
- [240] Le contrôle de la qualité de grâce doit se faire au plus près des usagers, au niveau des bassins de la vie, en donnant aux équipes APA une fonction de suivi et en organisant le recueil et le traitement des réclamations et plaintes des usagers de manière efficace et rapide.
- [241] Mais la réalité économique et démographique détermine fortement le secteur :
- les coûts ne sont tenables que grâce à une rationalisation de l'organisation du travail. On peut souhaiter qu'elle ne soit pas purement taylorienne !
 - plus les intervenants seront qualifiés, plus leur rémunération augmentera ; rien ne sert d'exiger nationalement des conditions de diplômes, quand les financeurs locaux refusent de payer les coûts horaires entraînés par de telles exigences ou quand l'augmentation du reste à charge pour les usagers les conduit à choisir de recourir aux salariés de gré à gré.
- [242] Le paradoxe qui régit le secteur de l'aide à domicile reste dès lors entier : on souhaite des personnels sélectionnés, bien encadrés, qualifiés, rémunérés au plus proche du salaire minimum, mais faisant montre de grandes qualités humaines.

Principales recommandations de la mission

N°	Recommandation	Autorité responsable
1	Supprimer le régime d'autorisation (L.312-1, 6°, deuxième alinéa) pour les services à domicile pour personnes âgées. Pour cela, supprimer dans l'article L.312-1, 6° deuxième alinéa, « les établissement et les services qui accueillent des personnes âgées... ». Ce membre de phrase : « ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale » ainsi que toutes les mentions relatives à ce régime d'autorisation des SAD contenues dans le code de l'action sociale et des familles.	Ministre chargé de l'action sociale et des familles
2	Prévoir que les augmentations de prix qui résulteraient d'une amélioration de la qualité bénéficiant directement aux usagers pourrait être répercutées sur l'évolution des tarifs dès lors qu'il apparaîtrait qu'elle pourrait mettre en péril l'équilibre économique des prestataires de service à domicile agréés qualité	Ministre des finances, code de la concurrence et de la consommation
3	Si la proposition visant à faire œuvrer tous les services à domicile au régime de l'agrément qualité était retenue, la procédure de paiement de l'APA devrait se faire en appliquant un tarif de responsabilité, le même pour tous les opérateurs quel que soit le tarif qu'ils pratiquent contractuellement ; mais les départements pourraient impulser par conventions avec les opérateurs une modération des coûts en échange d'aides concrètes apportées par le Conseil général à l'amélioration de la qualité du service : formation des intervenants et des encadrants, aide à la gestion, audits de qualité et, éventuellement, mise en place d'un système de tiers payant.	
4	Si devaient subsister deux régimes, les services à domicile agréés et non autorisés devraient bénéficier d'un tarif de responsabilité égal à la moyenne des tarifs obligatoires des prestataires autorisés et cette obligation devrait être mentionnée dans un article de loi.	Législatif, ministre chargé de l'action sociale et des familles
5	Introduire dans l'article L.331-4 du Code de l'action sociale et des familles qui interdit la donation ou le testament, dans les termes fixés par L.909 du Code civil, d'une personne âgée en faveur des professionnels de l'établissement qui l'héberge, un membre de phrase visant également les personnes physiques ou morales, propriétaires, administrateurs ou employés des organismes gérant des services à domicile en faveur des personnes âgées ou handicapées ainsi que les personnes employées directement ou par l'intermédiaire d'un mandataire par des personnes âgées ou handicapées.	Législatif, ministre chargé de l'action sociale et des familles
6	Ajouter à l'article 232-6, deuxième alinéa, l'item suivant : » Dans les cas de perte d'autonomie les plus importants ou lorsque ni la personne, ni son entourage ne sont en mesure de manager et coordonner les intervenants requis par son état de dépendance....	Législatif, ministre chargé de l'action sociale et des familles
7	Relever le plafond d'APA dans ces cas et diminuer de plus de 10% leur participation à une aide de gré à gré pour les personnes visées.	Réglementaire, ministre chargé de l'action sociale et des familles

8	Introduire une disposition obligeant les bénéficiaires visés les plus fragiles à un recours minimal à un prestataire, dont une partie du service devrait être consacré à la coordination de l'ensemble des aidants.	Réglementaire, ministre chargé de l'action sociale et des familles
9	Mettre à l'étude un statut du mandataire « conseil qualité » qui serait chargé (et rémunéré) outre ses fonctions de rapprochement entre une main d'œuvre et des employeurs particuliers, d'exercer une forme légère d'encadrement/coordination des interventions.	
10	Redéployer les aides dans l'enveloppe globale des finances publiques (Etat, Sécurité sociale, CNSA, Départements) : - augmenter les plafonds des GIR 1 et 2 et baisser à dû besoin celui du GIR 4 ; - étendre les crédits d'impôts aux personnes non actives, pour l'aide aux personnes âgées dépendantes ; - baisser éventuellement les plafonds de déduction fiscale.	Interministériel, législatif et réglementaire
11	Mettre à l'étude les hypothèses d'augmentation de l'aide versée à tous les bénéficiaires souffrant d'un certain degré de dépendance (GIR 3 ou 2 et 1) en mettant en œuvre un calcul qui permette une appréciation globale de toutes les aides publiques, quelle que soit leur nature, et toutes les formes d'équilibrage, y compris éventuellement le recours sur succession à partir d'un certain niveau de patrimoine.	Interministériel, idem précédente
12	Ne pas inciter les opérateurs ni les têtes de réseau à développer de nouvelles démarches de certification, ni d'évaluation. A tout le moins ne pas en faire supporter le coût par des financements publics.	Ministre chargé de l'action sociale et des familles, CNSA, ANESM, ANSP...
13	Faire exercer par tous les services de l'Etat compétents, dans le département ou la région, un contrôle coordonné, conjoint et régulier des normes législatives et réglementaires qui régissent les services à la personne rendus aux personnes âgées et dépendantes par des opérateurs prestataires et mandataires.	Interministériel, circulaire Premier ministre
14	Charger les services du représentant de l'Etat dans le département et du Conseil général d'organiser un système de recueil et de traitement des plaintes des usagers et de leurs familles qui soit connu, facilement accessible, rapide et approfondi.	Premier ministre et présidents des Conseils généraux
15	Mettre en place, à l'initiative du préfet, au niveau départemental, une cellule contrôle qualité des services à la personne, réunissant tous les services de l'Etat et des organismes sociaux et les services du Conseil général pour programmer et tirer les conséquences des contrôles effectués.	Premier ministre, circulaire aux préfets
16	Prévoir que les inspecteurs des affaires sanitaires et sociales et les médecins inspecteurs viennent en appui aux services chargés de l'instruction et du renouvellement des agréments qualité et aux services du Conseil général pour le contrôle de la qualité de service des services d'aide à la personne, en particulier pour tout ce qui touche à la sécurité, la santé, le bien être moral et physique des bénéficiaires.	Idem précédente
17	Mettre en place des systèmes de gestion qui permettent de contrôler l'effectivité de l'emploi de l'APA, en privilégiant une solution technique la plus appropriée et la moins coûteuse pour chacun des partenaires et en assortissant le tiers payant d'un récapitulatif périodique des dépenses publiques effectuées au bénéfice des allocataires.	ANSP et Conseils généraux
18	Introduire dans le code de l'action sociale et des familles la responsabilité pour le Conseil général de veiller à la qualité du service rendu au domicile de l'usager et d'assurer un « contrôle qualité ». Le	Ministre chargé de l'action sociale et des familles, législatif

	Conseil général pourrait s'appuyer utilement sur les équipes médico-sociales APA, les CLIC, sur le comité d'usagers proposé par ailleurs (Cf. § infra), ou sur des enquêtes de satisfactions auprès des bénéficiaires et leurs familles. La diffusion des résultats de telles enquêtes, à condition d'être rigoureuse sur le plan méthodologique, serait sans doute un moyen beaucoup plus efficace que des certifications ou labels pour faire évoluer les pratiques, tout au moins là où existe une certaine concurrence.	
19	<p>Aider les Conseils généraux par des incitations de la CNSA ou de l'ANSP à passer des conventions d'objectifs et de moyens avec les opérateurs, conventions qui détermineraient, par engagements réciproques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le niveau de dépassement maximum du tarif de responsabilité ; - la participation à des programmes de formation d'acquisition et de développement des compétences, organisés et / ou financés au niveau départemental ou infra-départemental pour tous les opérateurs de SAD ; - le paiement d'un temps des professionnels consacré au soutien et à l'échange ; - la participation à la formation et éventuellement la rémunération d'encadrants de proximité chargés de soutenir, évaluer et suivre les intervenants à domicile ; - l'accès des intervenants, quelle que soit leur qualification de base à des programmes de formation qualifiants ou diplômants qui leur permettent d'envisager une évolution de carrière dans ou hors du secteur de l'aide à domicile aux personnes âgées. 	ANSP, CNSA et Conseils généraux
20	Prévoir l'organisation par le département, directement ou à travers des conventions avec des partenaires, un marché public ou une délégation de service public, de formations qualitatives courtes pour les personnels des services à domicile, qui pourraient utilement être ouvertes aux salariés directs des personnes âgées. Ces formations de « qualité comportementale » seraient axées sur le savoir-être, le comportement selon les situations, notamment pour les personnes atteintes de maladie de type Alzheimer.	Conseils généraux
21	Favoriser l'expérimentation des services utilisant les nouvelles technologies afin de réduire les coûts du maintien à domicile, notamment pour la nuit, avec des dispositifs de télésurveillance vidéo. Une évaluation des expériences sera indispensable, afin de mettre en place un encadrement juridique garantissant la protection de la vie privée, ainsi que des contrôles.	Conseils généraux
22	Améliorer l'articulation des équipes APA et CLIC avec les opérateurs, dans une démarche qualité de service. Le Conseil général doit prendre en compte cet objectif dans l'organisation interne et territoriale de ces structures, et intégrer cette collaboration dans les conventions d'objectifs et de moyens avec les opérateurs.	Conseils généraux
23	Développer les accueils de jour pour les personnes âgées, en complément des services de maintien à domicile, pour favoriser une qualité globale de service pour la personne âgée et le maintien de sa socialisation. Le Conseil général devrait favoriser l'émergence de ces accueils de jour.	Conseils généraux
24	Organiser, à l'initiative du Conseil général, des partenariats entre les services de maintien à domicile et les établissements pour personnes âgées, d'une part pour faciliter le passage domicile/ établissement pour	Conseils généraux

	les personnes âgées, d'autre part pour la formation et les évolutions de carrière des personnels, ainsi que pour l'organisation éventuelle de certains services. Le partenariat pourrait aussi s'étendre pour des dispositifs de surveillance à distance, pour la nuit notamment.	
25	Créer à l'initiative du Conseil général des « comités consultatifs d'usagers » répartis sur le territoire départemental, en lien avec son organisation territoriale, pour recenser et débattre de toutes les remarques, critiques ou plaintes, ainsi que propositions, visant à l'amélioration de la qualité du service rendu à domicile, et de la coordination entre les services et les établissements. Il pourrait aussi faire procéder à des enquêtes de satisfaction. La création et le rôle de ces comités d'usagers devraient être inscrits dans le code de l'action sociale et des familles (CASF) et le code général des collectivités locales (CGCT)	Conseils généraux

Liste des personnes rencontrées

Directions et organismes nationaux

- Direction générale de l'emploi et de la formation professionnelle :
- Direction générale de l'action sociale : Madame Mireille Gaüzère, chef de service, et Mesdames Annick Bony, Virginie Chenal, Caroline Lefebvre, Geneviève Bigot-Gounand
- Agence nationale des services à la personne : Monsieur Bruno Arbouet, directeur, monsieur Vincent Depey, directeur adjoint, Madame Dominique Zumino, chargée de mission
- Caisse nationale solidarité autonomie : Monsieur Laurent Vachey, président, Monsieur Laurent Gratieux, directeur, Bernadette Moreau, directrice de la compensation de la perte d'autonomie, Annie Richart - Lebrun, directrice adjointe à la compensation
- Agence nationale pour l'évaluation des établissements et services médico-sociaux, monsieur

Réseaux et fédérations

- UNA : M. Emmanuel Verny, directeur général, Monsieur Christophe Pelletier, responsable qualité
- FESP : Mme Dominique Léry, présidente du SESP
- FEDESAP : Monsieur Richard Binier
- ADESSA : M. Didier Duplan, directeur
M. Loïc O'Murphy

Départements

- Pyrénées Orientales
 - Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle :
 - Mme FRANK, directrice, déléguée territoriale ANSP
 - prénom.nom@dd-66.travail.gouv.fr
 - M.Gérard Izern, contrôleur du travail, chargé de l'instruction des dossiers d'agrément
 - M.Frémont, DDTEFP, chargé de développement territorial
 - M. Patrice Langin, directeur départemental de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
 - Mme Sylvie Grégoire, Mutualité sociale agricole
 - M. Frédéric Sanchez, inspecteur DDASS
 - Mme la directrice de l'association Pia Agly associationpiaagly@wanadoo.fr
 - M. le directeur du service d'aide à domicile du CCAS de Perpignan,
 - M. Roland Giraud, directeur général adjoint de la direction des solidarités, CG66
 - M. Bergery, directeur personnes âgées et handicapées à la direction de la solidarité du CG
 - Mme Bedrignan, Marie Pierre, Conseiller, mission personnes âgées
 - Mme Evelyne Martinez, Conseiller d'action médico-sociale,
 - Mme Sophie Dupré, Conseillère du réseau des établissements et services sociaux et médico-sociaux

- Département de l'Ain
 - Mme Martine Gall, contrôleur du travail, instructeur des agréments
 - M. Eric Farrugia, directeur départemental adjoint du travail, délégué territorial de l'ANSP
 - M. René Moreu, direction départementale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
 - M. Vincent Perouse, DDCCRF
 - M. Laurent Chantreuil, direction des services financiers de l'Ain,
 - Mme Patience Le Page, Mutualité sociale agricole
 - Mme Christine Rat, Caisse primaire d'assurance maladie de l'Ain
 - Mme Nathalie Voge, Caisse régionale d'assurance maladie de la région Rhône Alpes
 - Mme Brigitte Fournier, CRAM Rhône Alpes
 - M. Henri Carbuccia, inspecteur principal DDASS
 - Mme Mireille Martin, DDASS
 - Mme Agnès Grandjean, inspectrice du travail
 - Mme Elisabeth Boul, administratrice de Val de Loire Dombes, service
 - M. Michel Poulard, directeur de Val de Loire, Dombes service
 - M. Gérard Beaupère, directeur Ain aide services
 - Mme Raymonde Perrin, présidente de Ain Aide services
 - M. Robert Fontaine, directeur de l'ADMR départementale
 - Mme Annie Pesrin, responsable de Croix rouge française AFP
 - M. Joseph Marguin, président de AFP-CRF
 - Mme Emma Masson, directrice de AFP-CRF
 - Mme Martine Verne Chatelet, directrice de ADAPA (UNA)
 - Mme Michelle Pilon, représentant de l'UDAF au Coderpa
 - M. Jean-Michel Fonquernie, Ain Alzheimer
 - Mme Dominique Tissot, association des infirmières coordinatrices de l'Ain et Coderpa
 - M. Michel Verret, ALMA 01
 - M. Thierry Clément, directeur général de la prévention et de l'action sociale
 - Mme Annie Paganelli, responsable du domaine établissements
 - M. Souleymane Thiam, responsable domaine personnes âgées
 - Dr Florence Pollet, médecin départemental chargée de l'APA à domicile et en établissement
 - Mme Bénédicte Carre, coordinatrice CLIC du bassin burgien

- Hauts de Seine
 - Colette Aussavy directrice personnes /âgées pole solidarité, PSOL/DPAH
 - Chantal Pradier, directrice adjointe
 - Jean Balivet, président de la FASSAD 92
 - Frédéric Primat, Directeur du SAD Synergie à Châtenay Malabry,
 - Pascal Maillard Directeur ADHAP -services à Bagneux
 - Des représentants des usagers : CODERPA et France Alzheimer 92,
 - Anne Marie Gruau, responsable des autorisations et de la tarification des SAD,
 - Marie Christine Perrin, responsable de l'équipe médico sociale APA sur l'UT Sud,
 - Joëlle Nicolas, Assistante sociale APA sur l'UT Nord.
 - Nicole Augé, inspectrice des services fiscaux
 - Denis de Kermadec, inspecteur DDASS 92
 - Christine Velsch, représentante du délégué territorial de l'ANSP
 - Philippe Rault, inspecteur de la DGCCRF UD 92
 - Katia Dupuy, inspectrice du travail
 - Emilie Bongo, Marie Hélène Rannou, contrôleur du travail DDTEFP

Personnes ressources

- M. Norbert Paquel, association Edisanté (spécialisée dans la normalisation des transmissions de fichiers santé et social)
- Mme Michèle Debonneuil, Inspectrice générale des finances, auteur du rapport sur le bilan de la loi de 2005

Bibliographie

Rapports IGAS

- Rapport princeps : rapport de la mission d'enquête sur le fonctionnement de l'ADMR Ollivier et Paul, 2007-175P janvier 2008
- 5 rapports de site sur le fonctionnement de l'ADMR : Alpes Maritimes, Yvelines, Maine et Loire, Haute Garonne, Corse du Sud
- Rapport relatif à la politique de maintien à domicile des personnes âgées relevant de l'action sociale de la CNAV, Duraffourg, Paul 2006-063, juillet 2006
- Objectifs et moyens de fonctionnement de l'Union nationale ADMR, Lagardère, Naves, 2001006, avril 2001
- La dépendance des personnes âgées, Laurence Eslous, RM 2007 – 130P, août 2007
- Rapports d'une mission conjointe IGAS IGF (Thierry, Hespel) sur les services d'aide à la personne, 1998, note d'étape, synthèse et note complémentaire (98-045 ; 980049 ; 98100)

Autres documents

- Rapport public particulier de la Cour des Comptes, novembre 2005, Les personnes âgées dépendantes. (à notre doc)
- Freins à l'embauche et amélioration des conditions de travail dans le secteur de l'aide à domicile, étude ANACT pour la DGAS, Farida Yahiaoui, Anne-Marie Nicot, novembre 2002, (à notre doc)
- Les services à la personne : bilan et perspectives, Michèle Debonneuil, Inspectrice générale des finances, septembre 2008.

Documents DREES et DARES

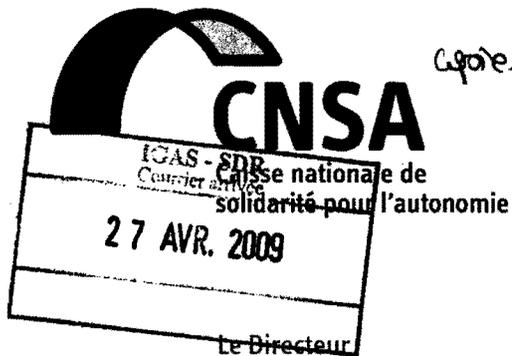
Drees

- Etudes et résultats n° 639, juin 2008 : 4,4 millions de pensionnés au minimum contributif en 2004
- Etudes et Résultats N°637, mai 2008 : L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 31 décembre 2007
- Etudes et Résultats n° 656, septembre 2008 : Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2007
- Etudes et résultats n° 459, janvier 2006 : Les effets de l'APA sur l'aide dispensée aux personnes âgées
- Etudes et Résultats n° 460, janvier 2006 : Les services d'aide à domicile dans le contexte de l'APA (étude effectuée en 2004)
- Etudes et Résultats n° 297, mars 2004 : Le personnel des services d'aide à domicile en 1999
- Sommaire de Série statistiques n° 77, février 2005 : Les services de soins infirmiers à domicile en 2002,

Dares

- Employés de maison, 2002 in Les familles professionnelles, données de cadrage 1982 - 2002

Observations de la CNSA



DE -> Michel Raymond
Hélène Strohl
Bernadette Rouville
Copie -> M. RAYMOND
Mme B. ROUSVILLE
Mme H. STROHL

Inspection Générale des Affaires Sociales
23 AVR. 2009
22 AVR. 2009

Paris, le

**Objet : Rapport sur les conditions de
la qualité des services d'aide à
domicile pour les personnes âgées**

Réf. Votre courrier du 06 Avril dernier

n° 10046/2009

Monsieur le Directeur de la Caisse
Nationale de Solidarité
CNSA

à

Monsieur André NUTTE
Chef de l'Inspection générale des affaires
sociales

Monsieur,

En date du 06 Avril dernier, vous nous avez transmis le rapport provisoire sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées.

Vous trouverez ci-joint les observations qu'appelle de ma part, ce rapport en ce qui concerne les questions 12 et 19.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

cordialement

Laurent VACHEY

Recommandation n° 12

La CNSA est favorable à ce qu'une réflexion s'engage pour harmoniser les différentes procédures qualité qui caractérisent le secteur des services à la personne (autorisation, agrément, habilitation, labellisation,...) et à ce qu'émerge une référence commune qui facilite la lisibilité tant pour les professionnels que pour les bénéficiaires du service.

Même si parmi les référentiels existants, seuls deux types assez proches se dégagent du marché (AFNOR et QUALICERT), la mise en place d'un système normatif simplifié ne peut que faciliter l'évaluation, à la condition toutefois de capitaliser sur les acquis des procédures actuelles pour alléger la certification externe (sur la qualité ou les processus organisationnels notamment). Une telle démarche aurait, en outre, pour avantage de réduire le recours aux organismes habilités présents sur le marché.

Toutefois, l'évaluation des politiques publiques ne doit pas se substituer aux efforts des opérateurs pour accroître la qualité de l'offre de service.

La situation actuelle (cf. rapport CES 2007) se caractérise encore par des modes d'intervention hétérogènes, une professionnalisation encore en progression ou une disparité des garanties conventionnelles. Elle témoigne d'un secteur fragile, en plein développement, que les pouvoirs publics ont pris le parti d'aider à se structurer pour améliorer la qualité de l'intervention auprès de la personne âgée ou handicapée (ex. label Adessa ou Relais assistants de vie de la Fepem).

Dans le même temps, la mise en œuvre des plans gouvernementaux (Alzheimer, Autisme) qui mobilisent des moyens importants, justifie de valoriser les processus de mutation engagés par les opérateurs (ex. structuration d'un mandat rénové dans le cadre de l'emploi direct).

C'est dans ce contexte que la démarche qualité est encouragée financièrement par les pouvoirs publics.

La CNSA s'est inscrite dans cette dynamique en mobilisant les crédits inscrits en section IV de son budget afin de cofinancer des programmes de rationalisation de l'offre, de déploiement de pratiques professionnelles ainsi que des actions de qualification des personnels concernés (intervenants et encadrants de proximité).

La priorité donnée à la signature des conventions avec les Conseils généraux pour organiser la politique d'aide au maintien à domicile et renforcer la cohérence de l'offre de service au plan local, répond à la préoccupation de la Mission de renforcer leur action de contrôle.

Le dispositif contractuel qui implique le Conseil général dans les modalités d'exercice du service, l'organisation des prestations ou la continuité du service est une étape vers meilleure efficacité de son intervention.

Recommandation n° 19

La CNSA, en encourageant la signature de conventions cadre départementales pluriannuelles de modernisation et de professionnalisation des services d'aide à domicile, contribue à renforcer la responsabilité des conseils généraux sur l'enjeu « qualité de service ».

Dans le cadre de ces conventions cadre, conclues entre l'Etat, la CNSA et le Département, les Conseils Généraux sont incités à passer avec les structures d'aide à domicile des conventions d'objectifs et de moyens dans le but de déployer localement les objectifs de la convention et notamment ceux relatifs à l'amélioration des compétences individuelles et collectives des intervenants à domicile.

Cette politique de conventionnement à double niveau, encouragée par la CNSA, permet notamment de renforcer le contrôle sur les opérateurs, de garantir la qualité de leur intervention et de généraliser les bonnes pratiques professionnelles. Ces conventions sont l'instrument privilégié pour développer et organiser la professionnalisation des intervenants sous la forme de programmes de formations qualifiantes ou diplômantes, formations d'adaptation à l'emploi, mise à jour des connaissances professionnelles, mais aussi pour mettre en œuvre une politique de soutien de ces intervenants.

Plus concrètement, le co-financement CNSA/Conseil Général prévu dans ces conventions cadre permet de subventionner notamment le coût pédagogique des formations, les frais de déplacement induits par la formation, les frais de remplacement des salariés en formation, le salaire du personnel formé hors de son temps de travail.

Les conventions cadre départementales de modernisation de l'aide à domicile conclues récemment ainsi que celles qui sont en cours de signature ont intégré cette procédure de contractualisation entre le Conseil Général et les opérateurs dans le but d'améliorer la qualité du service rendu à domicile par la professionnalisation des intervenants, ainsi que le montrent les exemples qui suivent.

La convention cadre pour la modernisation des services d'aide à domicile et la structuration du secteur dans le **département de l'Oise** signée le 22 décembre 2008 prévoit que la mise en œuvre des actions auxquelles participent les associations partenaires fera l'objet de fiches projet adoptées dans le cadre de Conventions Pluriannuelles d'Objectifs et de Moyens (CPOM), précisant les objectifs, les moyens mis en œuvre, le calendrier de la réalisation et les moyens d'évaluation. Neuf conventions seront ainsi conclues entre le Département et les services d'aide à domicile dans la première année de mise en œuvre de la convention cadre.

Cette convention envisage dans un souci de professionnalisation et de soutien des intervenants dans leurs pratiques professionnelles, d'instaurer des groupes de paroles en direction des professionnels de l'aide à domicile et de mettre en place des actions de sensibilisation à la bientraitance.

En **Haute-Marne**, la convention cadre a été signée le 31 décembre 2008. Elle prévoit également la conclusion de conventions particulières entre la CNSA, le Département et les associations et organismes bénéficiaires du co-financement. Le Conseil Général et la CNSA prévoient d'apporter leur soutien (en étroite partenariat avec les services de l'Etat, les Organismes paritaires collecteurs agréés -OPCA- et le Conseil Régional) à la réalisation des programmes de formation continue en faveur de toutes les catégories de personnels,

d'encourager les formations diplômantes et la valorisation des acquis de l'expérience par une démarche cohérente et concertée avec les partenaires, de soutenir la mise de place de tutorat et de projets visant l'adaptation à l'emploi et l'évolution professionnelle des intervenants à domicile.

La convention cadre de modernisation de la **Loire**, en cours de signature, fera également l'objet de conventions spécifiques de moyens entre l'Etat, le Conseil général, la CNSA, la CRAM Rhône Alpes et les différents opérateurs en fonction des différents axes du plan d'action. Ces conventions spécifiques préciseront, pour chaque action, les objectifs poursuivis, le calendrier de réalisation ainsi que les modalités et indicateurs de suivi et d'évaluation du projet. Elles inscriront également le coût de l'action ainsi que les modalités de contrôle de l'utilisation des crédits dédiés.

Dans l'objectif d'intégrer et suivre les nouveaux salariés du secteur de l'aide à domicile, il s'agit de développer tout d'abord des formations pré qualifiantes qui permettent d'obtenir un « minimum requis » mais aussi des temps de tutorat afin de faciliter l'intégration du nouvel intervenant.

Dans le cadre de cette convention seront également développées, avec le concours de partenaires concernés, la qualification des salariés intervenant au domicile des personnes âgées par la formation ou la validation des acquis d'expérience ainsi que des actions de formation continue et de sensibilisation du personnel à certains thèmes tels que la dénutrition, la maltraitance, la détection des signes vitaux...

Enfin, dans le but de promouvoir les échanges d'information et d'expérience entre les professionnels, la convention cadre prévoit la création d'un espace d'échange et de mutualisation de l'information des services à la personne sous la forme d'un site Ethernet.

Le Conseil Général du **Maine et Loire** a également prévu dans sa convention cadre pluriannuelle de modernisation de l'aide à domicile, actuellement en cours de signature, de passer avec les associations des conventions particulières d'objectifs qui préciseront les modalités d'évaluation des actions financées.

Les conseils généraux sont invités par la CNSA à participer dans leurs conventions cadre à la promotion de la qualité des opérateurs de l'aide à domicile par l'amélioration des compétences des intervenants. A titre d'exemple, les conventions départementales de modernisation et de professionnalisation des services d'aide à domicile des départements de **l'Aisne, Seine et Marne et Ariège** prévoient la mise en place de formations « thématiques », « modulaires » ou « spécifiques » sur des thèmes tels que la maladie Alzheimer, la bientraitance, l'accompagnement de fin de vie, la prévention des chute... Bien souvent, ces formations indispensables sont complémentaires et indissociables de la mise en œuvre de formations qualifiantes et diplômantes.

Pour favoriser les actions d'amélioration de la qualité des services à domicile par les organismes prestataires, le conseil général du **Puy de Dôme** vient de s'engager par convention à verser, par heure effectuée, un euro supplémentaire par rapport au tarif de référence sous réserve que le service relève d'une fédération signataire, soit habilité à l'aide sociale, dispose d'un encadrement professionnel et d'un plan de formation justifiant l'évolution de la qualification de l'ensemble de ses agents.

Observations de la DGAS



Ministère du travail, des relations sociales de la famille, de la solidarité et de la ville
Ministère du logement

Direction générale de l'action sociale
Sous-direction des âges de la vie
Bureau des personnes âgées (2C)

Paris, le

Dossier suivi par :

Caroline Lefebvre

Tél. : 01 40 56 82 26

Fax : 01 40 56 87 79

Courriel : caroline.lefebvre@sante.gouv.fr

N/ réf : rapport IGAS qualité aide à domicile obsDGAS

N° mercure :

Le directeur général de l'action sociale

à

Monsieur le Chef de l'Inspection générale
des affaires sociales

Objet : Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées

Vous m'avez transmis pour observations le rapport provisoire sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées.

Les constats dressés par ce rapport rejoignent largement l'analyse de la direction générale de l'action sociale sur les questions abordées. Je ne me prononcerai pas à ce stade sur le fond des différentes recommandations du rapport, dont beaucoup me paraissent intéressantes.

Mais il m'a paru utile de vous faire part de quelques observations sur deux points importants du rapport et d'apporter un certain nombre de précisions ou de nuances sur d'autres.

1. La prolifération des évaluations et des certifications

Le rapport pointe et regrette à plusieurs reprises la multiplication des dispositifs de certification, d'évaluation, de labellisation, sans bien distinguer ces différentes démarches, ni procéder à une analyse de l'évaluation.

Il me paraît important de différencier les objectifs et les caractéristiques de ces différentes démarches. En particulier, on ne saurait, à mon sens, assimiler la certification à l'évaluation prévue par la loi du 2 janvier 2002, qui ne se réduit pas à un contrôle du respect des normes, celui-ci ne suffisant pas à rendre compte de la qualité d'un service d'aide à domicile. Elle interroge la mise en œuvre d'une action et plus particulièrement ses effets prévus et imprévus, ce qui constitue le cœur même de la prestation rendue à l'utilisateur (cf. décret du 15 mai 2007 relatif au contenu du cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes).

Par ailleurs, on manque aujourd'hui de recul sur l'impact de ces démarches tant sur la qualité des prestations rendues aux usagers que sur leur coût, s'agissant de l'évaluation externe puisqu'elle n'a pas encore été mise en œuvre, mais aussi pour la certification qui concerne encore peu de services.

Une étude réalisée par un organisme indépendant sur la plus-value de la certification et son impact sur les coûts de fonctionnement serait utile.

2. Simplifier le cadre juridique en supprimant l'autorisation au profit de l'agrément

Le rapport propose de simplifier le cadre juridique existant, caractérisé par un droit d'option entre le régime de l'autorisation et le régime de l'agrément qualité, en supprimant l'autorisation.

Il me paraît important, dans l'examen des possibilités de simplification du cadre juridique actuel, de prendre en compte non seulement les caractéristiques des régimes juridiques mais aussi les autorités compétentes pour les mettre en œuvre. De ce point de vue, le dispositif de l'autorisation et la tarification qui lui est liée présentent l'intérêt de donner aux départements, responsables de la politique gérontologique, les moyens du développement qualitatif et quantitatif de l'offre de services permettant de répondre aux besoins des bénéficiaires de l'APA notamment.

Le département dispose en outre des compétences techniques nécessaires à la mise en œuvre de l'autorisation des services d'aide à domicile, compétences que leurs missions traditionnelles ne donnent pas de manière évidente aux services de l'Etat, en particulier aux DDTEFP - quelles que soient l'implication et la qualité de l'instruction d'un certain nombre d'entre elles. Si dans certains départements, les DDTEFP suivent les avis rendus par les conseils généraux, il n'en est pas de même partout.

La suppression de l'autorisation/tarification priverait donc les départements d'un outil utile à la mise en œuvre des responsabilités qui leur ont été confiées en matière de politique gérontologique.

Par ailleurs, la réforme du dispositif d'autorisation prévue dans le cadre du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (article 28) me paraît devoir être prise en compte dans la réflexion.

Cette réforme, qui prévoit la mise en place de deux procédures distinctes suivant que les projets relèvent ou non de financements publics, pourrait permettre, si elle est adoptée, de remédier aux critiques du régime d'autorisation, formulées notamment par les représentants du secteur lucratif, qui ont conduit à instituer le droit d'option, avec la suppression de la possibilité pour le conseil général de refuser l'autorisation si les besoins du territoire sont déjà satisfaits et des délais raccourcis par la suppression du passage en CROSM. Les services entrant dans la procédure allégée, car ne bénéficiant pas de financements publics directs, ne seraient en outre pas tarifés, ce qui correspond au souhait d'un certain nombre d'opérateurs, à but lucratif notamment. Dans ce cas de figure, le régime de l'autorisation se rapproche du régime de l'agrément qualité, tout en étant de la seule compétence du conseil général.

Ces deux éléments : plus grande pertinence de la compétence du conseil général par rapport à celle des DDTEFP et réforme importante du régime de l'autorisation plaident, à mon sens, pour approfondir le débat sur la simplification du cadre juridique des services d'aide à domicile et ne pas conclure d'emblée à une suppression de l'autorisation au profit de l'agrément.

Vous trouverez en annexe des remarques sur des points plus particuliers ou secondaires.

Fabrice HEYRIES

Annexe : observations sur le rapport provisoire

§ 2.2. page 4 : distinguer le statut juridique de l'opérateur du régime juridique. Le régime juridique (autorisation/agrément) est indépendant du caractère public, privé, lucratif, de l'opérateur.

§ 2.3. page 4 : distinguer la question du cadre législatif pour la protection des usagers (autorisation/agrément) du droit du travail (convention collective).

Introduction

[2] L'aide à domicile pour les + de 70 ans n'est pas financée par l'APA.

[3] plus juste de viser les services que les emplois.

[4] NDBP 3 les statistiques mentionnées issues de l'ANSP portant sur un périmètre beaucoup plus large peuvent être source de confusion.

1. Une démarche qualité difficile à développer

[18] 689.000 bénéficiaires de l'APA à domicile au 31.12.2008 pour un montant moyen de 494 €, dont 406 à la charge du conseil général; 490.000 et 466.000 bénéficiaires d'une aide ménagère financée par une caisse de retraite respectivement en 2005 et en 2006.

2. Une abondance de textes sur la qualité

[32] un ou des tarifs horaires (c'est ce que prévoit la réglementation) *Dont acte, rectifié*

[33] L'autorisation vaut agrément qualité pour le territoire, départemental ou infra départemental, où elle a été accordée. *Dont acte, complément reporté dans le rapport*

[37] on peut ajouter que les SAD agréés et certifiés sont dispensés de l'évaluation externe

[43] le FMAD, repris au sein de la section IV du budget de la CNSA lors de la création de la caisse en 2005 ; il permet des actions de formation qualifiante et non qualifiante ; les conventions départementales de modernisation impliquent toujours les conseils généraux (par définition) et dans un certain nombre de cas les opérateurs (dans les conventions elles-mêmes ou des conventions entre le CG et les opérateurs déclinant la convention de modernisation Etat/CNSA/CG) ; les autres actions sont des actions individuelles.

Les crédits du fonds sont affectés au financement de conventions nationales, de conventions avec les OPCA, des conventions départementales précitées, et les DDASS disposent en outre d'un droit de tirage pour le financement d'actions individuelles de modernisation (dans tous les départements jusqu'en 2007, uniquement dans les départements non couverts par une convention départementale en 2008). La CNSA gère le fonds depuis sa création en 2005, en lien étroit avec la DGAS. Les circulaires d'orientation et les négociations des conventions nationales sont conjointes. La priorité donnée aux conventions départementales et nationales dans un souci d'approche plus globale et cohérente est une orientation partagée depuis 2006/2007.

Le protocole UNA est cosigné par la secrétaire d'Etat à la solidarité. Il porte également sur la généralisation des bonnes pratiques professionnelles (sur des problématiques spécifiques telle Alzheimer, handicap psychique, fin de vie, maltraitance...). 1 M€ a été accordé pour la 1^{ère} phase du programme, correspondant à la moitié du coût de l'action. Le déploiement du programme au sein du réseau dont le coût sera beaucoup plus important, est en phase de négociation. La DGAS et CNSA ont signé ou vont signer, sur des programmes de même type mais en général moins ambitieux, des conventions avec les autres têtes de réseaux du secteur (ADMIR, ADESSA, UNCCAS, FEPEM...).

A noter que le dispositif complémentaire à THETIS de mobilisation spécifique des DLA sur les organismes agréés de services à la personne n'a finalement pas été mis en œuvre. Enfin ce sont 500 organismes (et non 700) qui devrait bénéficier du dispositif THETIS à échéance 2009.

[46] à ma connaissance, c'est auprès de l'ANESM, et non de la CNSA, que des fédérations (en l'occurrence ADESSA) cherchent à obtenir une reconnaissance de leur label.

[47] la CNSA et la DGAS ont soutenu et suivi la mise en œuvre du projet d'ADESSA de labellisation de son réseau. Au vu des bilans intermédiaires et final du programme, il ne nous semble pas qu'on puisse soupçonner l'IDAP de complaisance dans la délivrance du label, qui était doublé en outre d'actions d'accompagnement des structures n'ayant pas satisfait aux 21 exigences du label, et qui, in fine, n'a pas été attribué à toutes les structures du réseau

[51] sociétés d'accréditation privées mais accréditées.

[52] deux référentiels de certification existent (ne pas parler ici de label).

[55] enquête d'AFAQ/AFNOR.

3. Une approche concrète peu convaincante

[57] exact en droit, mais la grande majorité des agréments qualité délivrés (en 2006 puis 2007) l'ont été à des organismes fonctionnant déjà.

[64] il nous paraît important de ne pas confondre la démarche de certification et la démarche d'évaluation telle qu'elle est prévue par la loi 2002-2 et non encore mise en œuvre. Autant l'idée formulée que la certification vise à contrôler pour l'essentiel des exigences qui sont aussi celles de l'agrément qualité et peut être assimilée à une forme d'externalisation du contrôle par l'Etat du respect des exigences de son cahier des charges, autant la démarche d'évaluation nous paraît d'une toute autre nature et non assimilable et redondante avec ce contrôle.

[71][72] l'autorisation permet aussi au conseil général de fixer des exigences de qualité non prévue dans le cahier des charges (par exemple : taux de personnes qualifiées, ratio d'encadrement des personnels d'intervention...) et d'en reconnaître le coût.

[80] si les conventions de base de 1970 et 1983 n'ont effectivement pas été étendues, il n'en est pas de même des nombreux accords complémentaires signés depuis les années 90. Par ailleurs des accords communs signés par la branche de l'aide à domicile (secteur non lucratif) sont sauf erreur étendus (accord du 29/3/2002 sur les emplois et rémunérations, accord du 16/12/2004 sur la formation professionnelle tout au long de la vie, accord du 30/3/2006 relatif aux temps modulés...). Environ la moitié du droit conventionnel relève aujourd'hui de ces accords communs et une convention collective « unique » pour la branche est en cours de négociation et se substituera aux conventions existantes.

[88] L'unification des conventions collectives du secteur non lucratif est largement engagée et devrait être achevée à très court terme (voir point 80). Les enjeux nous paraissent plus se situer dans le rapprochement des protections entre le secteur non lucratif et le secteur lucratif d'une part, d'autre part entre le prestataire et l'emploi direct, rapprochements qui paraissent beaucoup plus difficiles à mettre en œuvre.

[89] sauf erreur, les refus et réserves à l'extension par le ministre du travail des conventions collectives ne peuvent être fondés qu'en droit et il n'est pas du ressort des pouvoirs publics de veiller au rapprochement des conventions collectives même lorsqu'elles s'appliquent à des activités similaires.

[97] 3) la portée du CESU d'une part, de la télégestion d'autre part, nous paraît devoir être mieux différenciée : le CESU garantit que l'APA ne sera pas utilisée pour payer autre chose qu'un service ou un intervenant dans le champ des SAP (i.e. affilié au CNCESU) ; il ne garantit pas que le service est

effectivement rendu quand il doit l'être et selon la quotité prévue. Le système de télégestion est développé par certains opérateurs en accord ou sous l'impulsion du conseil général.

[99] Les dispositions d'application (article R. 232-12 du CASF), en incluant dans ces situations les personnes nécessitant une surveillance régulière du fait de la détérioration de leur état physique ou intellectuel ou en raison de leur insuffisance d'entourage familial ou social, ne sont pas éloignées de la suggestion du rapport

[100] appliqué de manière hétérogène : dans certains départements, le mode prestataire est fortement encouragé, au-delà de ce que prévoient les textes

[111] nous sommes interrogatifs sur l'assertion selon laquelle il serait beaucoup plus facile de retirer l'agrément qu'une autorisation...en tout état de cause, l'autorisation est délivrée initialement sans aucun doute moins facilement que l'agrément

4. Une déficience du contrôle

[138] A notre connaissance, les réflexions sur ce sujet sont les suivantes :

- expérimentation de centres de ressources pour les particuliers employeurs, dans le cadre du plan 2 de développement des services à la personne annoncé le 24 mars 2009, sous l'égide de l'ANSP.

- la CNSA et le secrétariat d'Etat à la solidarité (DGAS) négocient actuellement une convention avec la FEPEM au titre de la section IV du budget de la CNSA dont un des axes consiste à élaborer un contrat de mandat type « de qualité » ainsi qu'un cahier des charges en vue de labelliser des structures mandataires assurant des fonctions renforcées par rapport aux structures mandataires « classiques », tant à l'égard des employeurs en situation de perte d'autonomie que des salariés.

Ces deux réflexions, distinctes, ne s'inscrivent pas particulièrement dans le cadre des travaux sur le 5^{ème} risque.

[144] si certains départements ont peut-être mis en place des appels à projets pour le soutien à la modernisation, cette procédure - au demeurant intéressante - n'a jamais été préconisée ni même mentionnée dans les orientations nationales fixées par la DGAS et la CNSA.

5. Comment améliorer la qualité des interventions des services à domicile pour personnes âgées

[153] ...et l'exigence d'un projet de service pour les SAD autorisés. En outre chaque CG peut subordonner l'autorisation à des exigences propres par exemple en matière de ratios de personnes qualifiées ou de ratio d'encadrement. L'autorité compétente pour délivrer l'autorisation ou l'agrément est loin d'être neutre.

[156] la pratique de l'Ain est évidemment totalement illégale

[158] il serait logique de supprimer également, dans cette hypothèse, l'autorisation pour les services d'aide à domicile aux familles (relevant du 1^o) et aux personnes handicapées (relevant du 7^o)

[184] il paraît prématuré de juger des procédures d'évaluation telles que prévues par la loi du 2 janvier 2002 puisqu'elles n'ont pas encore été mises en œuvre (en particulier l'évaluation externe) ; quant à la certification, qui concerne encore peu d'organismes et sur laquelle on manque de recul, il serait intéressant de faire faire une étude par un organisme indépendant sur sa plus value en termes de qualité finale pour l'usager et son impact sur le coût des prestations.

[188] Les référentiels de certification ne portant pas sur le contenu de l'intervention elle-même, on ne peut pas dire que la diversité des besoins et l'impossibilité de standardiser les interventions soient un obstacle à ce type de démarches effectivement relativement procédurales.

Les SAD sont de tailles très hétérogènes et il est bien évident qu'une petite structure ne peut, seule, dégager les moyens nécessaires à la mise en place de telles démarches. Toutefois, des réseaux comme

UNA, l'ADMR ou l'UNCASS, selon des modalités différentes, accompagnent ou vont accompagner leurs adhérents dans des démarches de mutualisation destinées notamment à répondre à ces objectifs. Distinguer certification, élaborée de manière consensuelle par l'ensemble des acteurs, attribuée par des organismes accrédités, des labels internes et propres à un réseau, qui n'offrent pas les mêmes garanties mais peuvent constituer des étapes.

[196] il existe un cahier des charges de l'agrément qualité et deux référentiels de certification. Il n'est pas question, sur le champ de l'aide à domicile, d'en créer ou d'en soutenir d'autres. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles élaborées sous l'égide de l'ANESM sont complémentaires en ce qu'elles touchent le cœur même des interventions auprès de l'usager, ce que ne font ni les référentiels de certification ni le cahier des charges de l'agrément qualité.

[212] la difficulté concerne a fortiori les organismes non couverts par une convention collective (secteur lucratif)

[218] et [228] « qualité de vie pour les personnes » plutôt que « qualité de service »

[Recommandations 13 et 14]

La circulaire DGAS/SD2 n° 2002-280 du 3 mai 2002 relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables, et notamment les personnes âgées, a demandé aux préfets de département de mettre en place, en concertation avec le président du conseil général, une cellule interinstitutionnelle de traitement et de suivi des signalements.

Cette cellule a notamment pour objectif d'améliorer l'efficacité du traitement et du suivi des signalements en concertation avec les différentes institutions concernées : DDASS, procureur de la République, juges des tutelles, DDCCRF, Conseil général.

Elle vise à regrouper, analyser conjointement et coordonner le traitement et le suivi des plaintes.

Cette cellule, rattachée à un comité départemental plus large de prévention et de lutte contre la maltraitance des personnes vulnérables, n'a pas été mise en place dans l'ensemble des départements.

Aussi, les propositions de la mission relatives à la mise en place d'un système de recueil et de traitement des plaintes et à la création d'une cellule qualité réunissant les différentes autorités concernées pourraient utilement s'appuyer sur ces comités pour leur mise en œuvre.

Réponses de la mission aux observations de la CNSA formulées dans le cadre de la procédure contradictoire

Recommandation n°12 :

Cette remarque ne contredit pas l'opinion de la mission selon laquelle trop de dispositifs d'évaluation nuisent à l'évolution.

Recommandation n°19 :

Ces dispositifs très intéressants seront à financer sur le long terme.

**Réponses de la mission aux observations de la
DGAS formulées dans le cadre de la procédure
contradictoire**

1. La prolifération des évaluations et des certifications

Réponse de l'IGAS Il peut sembler curieux de lutter contre la prolifération des certifications et évaluations, ...en ajoutant une évaluation des évaluations.

Plus sérieusement, la mission a constaté que les démarches de certification et d'évaluation ont été conçues pour des établissements, qui appliquent des processus de travail, qui produisent un service qui soit un minimum standardisable : ce n'est pas le cas en matière de service à la personne, dont la caractéristique essentielle est qu'il est rendu au domicile de la personne, par un intervenant qui est autant sous l'autorité de fait de celle-ci ou de ses proches que de son employeur, quand il est salarié d'un prestataire.

En revanche, il a semblé à la mission que le contrôle minimum n'était pas exercé : recueil, traitement et suivi des plaintes ; mise en place de garde-fous contre les abus et maltraitements, notamment financières. Ce contrôle peut être exercé sur le service prestataire lui-même, il doit alors dépasser le contrôle de la seule production de documents, et analyser les processus d'encadrement, de formation des intervenants et les rapports avec les usagers ; il peut aussi et c'est le sens de toute une partie du rapport, être exercé en mettant au plus près des usagers des possibilités de recours et de plainte. La mission maintient son observation selon laquelle, dans la contrainte de prix qui est imposée aux services à la personne, développer les obligations de certification et d'évaluation aboutirait à évincer une partie des usagers du recours à un prestataire, et ils recourraient alors à l'emploi de gré à gré, sur lequel il est à peu près impossible d'exercer aucun contrôle externe.

2. Simplifier le cadre juridique en supprimant l'autorisation au profit de l'agrément

Réponse de l'IGAS La mission a considéré, suite à plusieurs rapports faits sur le sujet que le régime actuel prête à confusion et que son application par les Conseils généraux n'est pas toujours conforme aux législations en vigueur, notamment par rapport au droit de la concurrence.

Dès lors, elle a proposé, pour les services d'aide à domicile non médicaux la suppression du régime de l'autorisation. Pourquoi ? Le régime de l'autorisation, et son nom même l'indique, implique que l'activité ne peut être exercée que par des services autorisés. Sinon la tarification horaire de l'intervention qui est déterminée par le nombre d'actes rapporté à la totalité des charges du prestataire ne serait pas fiable d'une année sur l'autre. D'autre part, parce qu'appliquer un tarif de remboursement différent pour un même service contreviendrait aux règles de libre installation et de libre concurrence. Or le régime de l'agrément introduit des possibilités de distorsions dans ces deux domaines. Les deux régimes peuvent donc difficilement coexister et il paraît difficile de sortir les seules prestations rendues aux personnes âgées de plus de 70 ans ou dépendantes du régime de l'agrément qualité, sauf à interdire aux organismes de services de leur vendre des prestations de tous types : aide domestique, aide à la personne pour ses soins...

Enfin la mission, sans avoir effectué d'enquête dans un grand nombre de départements, constate (et a constaté sur d'autres sujets) que le contrôle n'est pas la fonction la plus développée dans les collectivités territoriales. Certes les DDTEFP (qui deviendront d'ailleurs des unités territoriales des DIRECTE) n'ont pas de compétences en matière médico-sociale. Cependant, les exemples donnés dans le rapport de missions conjointes de contrôle effectuées par tous les services de l'Etat sous l'égide du préfet plaident en faveur d'un recentrage de ceux-ci sur leur fonction de contrôle. Il a semblé à la mission plus facile d'ordonner une politique de contrôle à des services de l'Etat que de proposer à des collectivités territoriales qui s'administrent librement une organisation de leur fonction de contrôleurs.

Annexe : observations sur le rapport provisoire

Titre 2.2. page 4 : Dont acte, il ne nous semblait pas les avoir confondus

Titre 2.3. page 4 : Idem remarque précédente

§ 2 – 3 – 4 « introduction » : Certes, mais cela est précisé dans la note

1. Une démarche qualité difficile à développer

§ 18 : Dont acte : ces chiffres sont plus récents

2. Une abondance de textes sur la qualité

§ 32 – 33 – 37 – 47 : Dont acte, ce complément est utile, la mission avait tenté une formulation plus simple

§ 46 : A notre connaissance la CNSA est également impliquée

§47 : La mission n'a pas suggéré ceci, mais estime que selon l'adage bien connu, l'équité doit non seulement être réelle, mais en avoir les apparences ; c'est une question de principe, importante.

§ 51 – 52 : A rectifier

§ 55 : Dont acte

3. Une approche concrète peu convaincante

§ 57 : La mission examinait le processus et non pas la conjoncture particulière

§ 64 : Pour l'instant il s'agit de vœux pieux, puisque personne n'a encore eu connaissance de ces évaluations ni de leurs effets.

§ 71 – 72 : Il ne faudrait pas que les personnels d'Etat dépensent trop facilement l'argent... des collectivités territoriales. Les enquêtes menées tendent à montrer qu'un certain nombre de départements tentent de freiner la hausse en quantité et en qualité des emplois qualifiés pour des raisons de coût et non pas qu'ils financeraient des surcoûts par rapport aux normes législatives et réglementaires .

§ 80 : Nous ne disposons pas d'informations aussi optimistes auprès des acteurs eux-mêmes

§ 88 : Il nous semble que c'est ce qui est dit

§ 89 : Le droit européen sur les distorsions de concurrence fait-il partie du droit positif ?

§ 97 : Dans l'enquête effectuée par la mission, mais qui ne recoupe peut être pas les connaissances de terrain sans doute bien plus approfondies de la direction générale de l'action sociale, il apparaît que le CESU peut être affecté à un type de service ou d'intervenant, en accord bien sûr avec l'utilisateur. Quand ce sont des proches de la personne qui sont rémunérés avec des CESU, les équipes du conseil général effectuent des contrôles. Le niveau de contrôle est donc déjà plus important

puisque aussi bien l'usager ne peut pas encaisser le chèque sans l'utiliser pour rémunérer un service à la personne.

A terme télégestion et CESU pourront sans doute marcher de pair, dès que seront diffusés des moyens technologiques permettant de coupler le contrôle de la présence au domicile, celui de l'identité de l'organisme ou de la personne rémunérée, et leur conformité au plan d'aide.

§ 99 : C'est vrai, mais appliquons les

§ 100 : C'est vrai et cela constitue une distorsion de concurrence, notamment quand tous les prestataires ne sont pas autorisés et pire rémunérés au même taux.

§ 111 : La logique administrative française est souvent malthusienne : rendre difficile l'accès à un agrément, un statut, une prestation, un emploi de fonctionnaire et ensuite ne jamais remettre en question quoiqu'il arrive cet état. Le système d'autorisation participe de cette logique : il semble à la mission que l'agrément est plus facile à retirer, déjà il est accordé pour 5 ans et non pour 15 ans, ensuite la procédure de retrait n'est pas à ce point encadrée, enfin comme il n'y a pas d'approbation du budget, les frais de fermeture risquent moins d'être à la charge de l'autorité qui a retiré l'autorisation.

4. Une déficience du contrôle

§ 138 : Dont acte, cela complète la rédaction initiale

§ 144 : Cela ne fait-il pas partie de la libre administration des collectivités territoriales ?

5. Comment améliorer la qualité des interventions des services à domicile pour personnes âgées

§ 153 : On réitère la remarque sur les coûts et les pratiques des collectivités, à juste titre soucieuses de leur budget

§ 156 : Personne ne l'a jusqu'alors constaté

§ 158 & 184 : Cf..remarque précédente : que l'administration d'Etat contrôle l'application des lois et la conformité aux lois des décisions des collectivités territoriales avant de mettre en place des procédures coûteuses (pour les organismes et pour les collectivités) d'évaluation et de certification.

§ 188 : C'est justement le contenu qui importe à la mission

Il ne nous semble pas avoir confondu ces démarches, mais ce dont nous sommes sûrs, c'est que l'usager lui ne fait pas la distinction entre évaluation, certification label etc. label signifie dans la vie courante un haut niveau d'exigence, évaluation dans le langage courant a un petit air d'approximation ! Or il s'agit bien de vendre des services à des usagers et ces différentes démarches sont des arguments de vente.

§ 196 : Dont acte, mais encore une fois, sachons raison garder et privilégier le contrôle et l'encadrement de proximité

§ 212 : Oui

§ 218 & 228 : L'Etat et les intervenants peuvent s'engager sur une qualité de service, le peuvent-ils sur la qualité de vie ?

Recommandations 13 & 14 : Attendons que les services de l'Etat dans les départements soient réorganisés et en mesure de lire et ensuite éventuellement d'appliquer les circulaires souvent très complètes qui leur sont adressées sur de nombreux sujets.

Ce rapport s'adressant également aux conseils généraux, la mission a préféré avancer seulement l'idée d'une cellule de recours, libre à ceux-ci d'en déterminer les modalités, selon les diversités de situation.