



Inspection générale
des affaires sociales
RM2010-035P

Synthèse 2010 sur la gestion de l'Allocation personnalisée d'autonomie

RAPPORT

Établi par

Véronique GUILLERMO

Joëlle VOISIN

Michel LAROQUE

Didier LACAZE

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Synthèse

- [1] Le présent rapport sur la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) s'inscrit dans le cadre du programme annuel de travail de l'IGAS. Il a été établi par Mmes Véronique Guillermo et Joëlle Voisin ainsi que par MM. Michel Laroque et Didier Lacaze, membres de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), à partir des contrôles menés sur la gestion de l'APA dans six départements (Côte d'Or, Corse du Sud, Hérault, Pas-de-Calais, Seine-Maritime, Yvelines).
- [2] L'APA a été instituée par la loi du 20 juillet 2001 pour se substituer à la prestation spécifique dépendance. Toute personne âgée, résidant en France, qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental, a droit à une allocation permettant une prise en charge adaptée à ses besoins. Cette allocation, définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes, qui, nonobstant les « soins de santé » qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de leur vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.
- [3] Au 30 juin 2009, l'APA est versée à 1 117 000 bénéficiaires. Elle revêt deux formes, gérées par le Conseil général du département : l'APA à domicile (61% des bénéficiaires), l'APA en établissement (39%). A domicile, le montant moyen du plan d'aide est de 494 euros par mois (dont 406 euros à la charge des Conseils généraux). Les dépenses d'APA en 2008 se sont élevées à 4,85 Md € dont 3,25 Md € financés par les départements et 1,6 Md € par le fonds géré par la CNSA. Elles représentent environ 10% des budgets des Conseils généraux.
- [4] Cette mission fait suite à celle menée, l'année précédente, sur quatre départements (Ain, Bouches-du-Rhône, Eure-et-Loir, Haute-Corse) et pour partie le Val-de-Marne, qui a donné lieu à un rapport de synthèse de Juillet 2009, consultable sur le site internet de la Documentation française. Le fonctionnement de plus de dix départements a été ainsi examiné au regard de la gestion de l'APA de 2008 à 2010.
- [5] Le rapport rappelle d'abord les conclusions du rapport de juillet 2009 dont les conclusions et propositions se trouvent pour l'essentiel confirmées par les six nouveaux contrôles menés.
- [6] Les constats de ces six contrôles sont synthétisés sous forme de tableau synoptique en annexe.
- [7] Le présent rapport de synthèse 2010 se centre dans une seconde partie sur sept axes d'analyses transversales approfondies dans le cadre des rapports de site qui débouchent sur une série de recommandations pour la plupart complémentaires à celles développées en juillet 2009.
- [8] 1. La maîtrise des dépenses et des évaluations est à renforcer dans certains départements. Une dérive dans l'ouverture des droits à l'APA est présumée dans au moins deux des quatre départements caractérisés par la proportion élevée du nombre de leurs bénéficiaires. Des économies sont également possibles dans d'autres départements grâce à un meilleur cadrage des évaluations et du contenu des plans d'aide ainsi que par le renforcement de la rigueur des contrôles, en particulier de ressources et d'effectivité, que peut faciliter le recours aux nouvelles technologies.

- [9] 2. Les procédures de traitement et de décision de l'APA restent à mettre au point pour une attribution plus rapide, plus simple et plus claire des droits. La phase réglementaire de concertation est à aménager pour qu'une procédure contradictoire n'allonge pas les délais ; la phase de décision qui repose sur deux décisions (proposition de plan d'aide et notification du montant d'APA) est à rendre plus cohérente et à fonder sur une évaluation médico-sociale correcte, alors que les méthodes et les processus ne sont souvent pas conformes aux textes ou à de bonnes pratiques. Les plans d'aide et les notifications de décision ne sont pas toujours cohérents et ces dernières sont souvent peu lisibles.
- [10] 3. Les disparités de participation financière et de qualification des intervenants en matière d'APA sont importantes et liées parfois aux règles, parfois aux pratiques de tarification. En matière d'aide à domicile, la question de l'opposabilité ou non des tarifs est une question fondamentale : les personnes âgées sont déjà appelées à supporter une participation financière en fonction de leur revenu et de leur niveau de dépendance, à laquelle peuvent aujourd'hui s'ajouter des suppléments tarifaires au nom de la libre concurrence, malgré la prise en charge publique d'une partie des prestations de service ; il serait donc nécessaire de consolider la possibilité de tarifs plafond opposables aux services d'aide à domicile. Les modalités de versement et de participation de l'APA en établissement varient selon les Conseils généraux ; un mode de règlement global est préconisé.
- [11] 4. Le financement par l'APA d'intervenants familiaux rémunérés au titre de l'aide à domicile peut soulever des difficultés qui pourraient conduire à subordonner ce type d'emploi, compte tenu de l'état de dépendance et des aptitudes du salarié, à l'accord du Président du Conseil général, après évaluation médico-sociale.
- [12] 5. Le déploiement des nouvelles technologies pour simplifier les obligations des personnes âgées dépendantes en matière fiscale et sociale et pour assurer l'efficacité des procédures et des contrôles de ressources, d'effectivité et de qualité est indispensable. Une informatisation mieux intégrée des processus des Conseils généraux serait également de nature à renforcer l'efficacité du service de l'APA.
- [13] 6. L'articulation des relations entre les caisses de retraite et les Conseil généraux est à remettre au point en matière d'aide aux personnes âgées. Dans le cadre actuel de compétences, des articulations doivent être mises en place ou renforcées conformément au code de l'action sociale et des familles. Une réforme des compétences est à envisager soit dans un scénario ambitieux transférant en matière d'aide à domicile la compétence pour les GIR 5 et 6 aux départements, soit en renforçant la coordination entre caisses de retraite et conseils généraux et en confiant au régime général une mission pour les ressortissants des régimes qui ne bénéficient pas d'une aide au titre des GIR 5 et 6.
- [14] 7. La nouvelle organisation des services territoriaux de l'Etat oblige à redéfinir les procédures de signalement et de prévention des cas de maltraitance. Les compétences sont aujourd'hui réparties entre l'Etat, l'Agence régionale de santé et le Conseil général et une procédure doit être organisée pour assurer des signalements adéquats et leur traitement dans le cadre d'une politique de bien traitance des personnes âgées dépendantes.
- [15] 40 recommandations au titre du présent rapport visent à mettre en œuvre les orientations du présent rapport. Si certaines impliquent l'intervention du législateur ou du pouvoir réglementaire, la plupart sont des recommandations de bonnes pratiques relevant des Conseils généraux en liaison le cas échéant avec leurs partenaires. Une journée annuelle de l'action sociale sur la dépendance des personnes âgées et un renforcement du rôle de la CNSA, déjà promus dans le rapport précédent de l'IGAS, pourraient contribuer à la prise en compte des préconisations formulées.

Sommaire

SYNTHESE	3
RAPPORT DE SYNTHESE 2010 RELATIVE A LA GESTION DE L'APA.....	7
INTRODUCTION.....	7
1. UN RAPPORT DE JUILLET 2009 DONT LES CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS SE TROUVENT POUR L'ESSENTIEL CONFIRMÉES PAR LES SIX CONTRÔLES COMPLÉMENTAIRES (2009-2010)	9
1.1. <i>Conclusions et recommandations du rapport de juillet 2009.....</i>	9
1.1.1. Délais d'attribution.....	9
1.1.2. Organisation hétérogène des processus d'instruction et de décision.....	10
1.1.3. Disparités dans l'évaluation médico-sociale	11
1.1.4. Caractère traditionnel de la gestion financière	12
1.1.5. Régulation limitée des pouvoirs publics.....	13
1.1.6. Faible pilotage de la gestion de l'APA	13
1.2. <i>Confirmation pour l'essentiel de ses recommandations par la mission de l'IGAS, compte tenu des positions des services administratifs et des nouveaux constats établis.....</i>	15
1.2.1. Les délais	15
1.2.2. L'instruction	16
1.2.3. L'évaluation médico-sociale.....	17
1.2.4. Les relations avec les caisses de retraite.....	18
1.2.5. La gestion financière	19
1.2.6. La régulation du secteur et la tarification	20
1.2.7. Le pilotage et ses outils	22
2. DES ORIENTATIONS TRANSVERSALES APPROFONDIES DANS LE CADRE DES NOUVELLES INVESTIGATIONS DE L'IGAS.....	22
2.1. <i>Une maîtrise des dépenses et des évaluations à renforcer dans certains départements</i>	22
2.1.1. Une dérive à corriger dans des départements caractérisés par la proportion élevée de leurs bénéficiaires	23
2.1.2. Des économies également possibles dans des départements sans caractéristiques manifestes	24
2.2. <i>Une mise au point des procédures de traitement et de décision de l'APA pour une attribution plus rapide, plus simple et plus claire</i>	25
2.2.1. Une phase de concertation à aménager pour qu'une procédure contradictoire n'allonge pas les délais	25
2.2.2. Une phase de décision à rendre cohérente et à fonder sur une évaluation médico-sociale correcte	26
2.2.3. Des notifications de décision et des plans d'aide à rendre plus cohérents et plus clairs	27
2.3. <i>Une limitation des disparités de participation financière et de qualification des intervenants en matière d'APA liées aux règles et pratiques de tarification</i>	28
2.3.1. La tarification de l'aide à domicile.....	28
2.3.2. Le versement de l'APA en établissement.....	31
2.4. <i>Les limites à mettre au versement de l'APA en cas d'intervention comme salarié d'un membre de famille</i>	32
2.5. <i>Le déploiement des nouvelles technologies pour simplifier les obligations des personnes âgées et assurer l'efficacité des procédures et des contrôles</i>	33

2.5.1. Développer des relations dématérialisées avec les services fiscaux.....	33
2.5.2. Renforcer l'efficacité des procédures et des contrôles (effectivité et qualité).....	34
2.6. <i>Une articulation des relations entre les caisses de retraite et les Conseils généraux et entre les différents régimes de retraite à remettre au point en matière d'aides aux personnes âgées</i>	37
2.6.1. Une nécessaire amélioration de l'articulation entre les caisses de retraite et les Conseils généraux dans le cadre actuel du partage des compétences	37
2.6.2. Une réforme des compétences.....	40
2.7. <i>Des procédures de signalements des cas de maltraitance adaptées à la nouvelle organisation territoriale de l'Etat à définir</i>	42
2.7.1. Un exercice du pouvoir de contrôle partagé entre les services de l'Etat, les ARS et les Conseils généraux.....	42
2.7.2. Des modalités d'intervention des différents acteurs du contrôle à préciser	43
CONCLUSION	44
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	45
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	49
ANNEXE : TABLEAU SYNOPTIQUE DE LA GESTION DE L'APA DANS SIX DEPARTEMENTS	59
SIGLES UTILISES	65

Rapport de synthèse 2010 relative à la gestion de l'APA

Introduction

- [16] Dans le cadre des programmes annuels de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) pour 2009 et 2010, une mission a été chargée d'examiner la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) par des contrôles dans plusieurs départements français et une évaluation de l'action menée. Des rapports de site ont été établis pour les six départements concernés : Corse du Sud, Côte d'Or, Hérault, Pas-de-Calais, Seine-Maritime, Yvelines.
- [17] Cette mission fait suite à celle menée, l'année précédente, sur quatre départements (Ain, Bouches-du-Rhône, Eure-et-Loir, Haute-Corse) et pour partie le Val-de-Marne, qui a donné lieu à un rapport de synthèse de Juillet 2009, consultable sur le site internet de la Documentation française.
- [18] Le fonctionnement de plus de dix départements a été ainsi examiné au regard de la gestion de l'APA de 2008 à 2010.
- [19] L'APA a été instituée par la loi du 20 juillet 2001 pour se substituer à la prestation spécifique dépendance. Toute personne âgée, résidant en France, qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental, a droit à une allocation permettant une prise en charge adaptée à ses besoins. Cette allocation, définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes, qui, nonobstant les « soins de santé » qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de leur vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.
- [20] Au 30 juin 2009, l'APA est versée à 1 117 000 bénéficiaires. Elle revêt deux formes, gérées par le Conseil général du département : l'APA à domicile (61% des bénéficiaires), l'APA en établissement (39%). A domicile, le montant moyen du plan d'aide est de 494 euros par mois (dont 406 euros à la charge des Conseils généraux). Les dépenses d'APA en 2008 se sont élevées à 4,85 Md €, dont 3,25 Md € financés par les départements et 1,6 Md € par le fonds géré par la CNSA. Elles représentent environ 10% des budgets des Conseils généraux.

Une allocation dont la gestion est confiée aux départements

- [21] Succédant au dispositif de la prestation spécifique dépendance (PSD) créée en 1997, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est une prestation légale définie par un barème selon le degré de dépendance (Groupe Iso Ressources -GIR- 1 à 4) ; sa gestion est confiée aux départements. Les caisses de retraite centrent désormais leur action sociale sur les personnes âgées relevant des GIR 5 et 6.

- [22] Suite aux difficultés financières rencontrées par une montée en charge du nombre de bénéficiaires plus importante que prévu, l'APA a été amendée par la loi n° 2003-289 du 31 mars 2003. Le financement prévu de l'APA devait être assuré environ aux deux tiers par les départements et au tiers par l'Etat par l'intermédiaire de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Afin de garantir la pérennité financière de l'APA, et d'épargner aux départements une dépense supplémentaire incompatible avec leurs contraintes budgétaires, la loi du 31 mars 2003 a pris plusieurs dispositions visant à assurer le rééquilibrage financier de l'APA (contrôle de l'effectivité de l'aide apportée aux bénéficiaires de l'APA à domicile - article 2, modification de la date d'ouverture des droits pour les bénéficiaires de l'APA à domicile - article 1).
- [23] Son financement a ensuite été conforté par l'apport de la solidarité nationale par la loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (journée de Pentecôte) qui crée la CNSA, puis par la loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- [24] La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a élargi les compétences confiées aux départements : l'article 56 a donné au département une compétence générale en matière d'action sociale en faveur des personnes âgées : le département est chargé de définir et de mettre en œuvre cette politique et devient seul pilote de la coordination gérontologique. A ce titre, l'autorisation et le financement des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) lui ont été transférés. Pour que cet accroissement de responsabilité s'accompagne d'une concertation renouvelée avec les personnes âgées elles-mêmes, le comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA) a été placé auprès du président du Conseil général (article 57). Ces dispositions sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2005.

Les objectifs de la mission

- [25] La mission porte sur la gestion de l'APA. Elle analyse les différences d'organisation et de pratiques constatées dans plusieurs départements. Six départements ont été *contrôlés*, c'est-à-dire qu'ils ont fait l'objet d'un rapport de site avec procédure contradictoire. Le rapport relève à la fois d'une démarche de contrôle (conformité des pratiques aux textes) et d'évaluation de la réglementation (retour sur la pertinence ou non de certains textes), mais non d'une démarche d'évaluation de la prestation elle-même (pertinence de l'APA pour répondre aux objectifs de la politique envers les personnes âgées : maintien à domicile, autonomie, réponse aux besoins des personnes âgées dépendantes).
- [26] Les investigations visent l'analyse du processus : réception des demandes, instruction administrative, évaluation médico-sociale, valorisation du plan d'aide, décision d'attribution, paiement, recours gracieux et contentieux, contrôle d'effectivité ; ce qui amène à s'intéresser aux choix du département en matière de tarification des services d'aide à domicile et des établissements.
- [27] Une attention toute particulière a été portée :
- aux procédures d'instruction, de décision et aux délais de traitement,
 - aux pratiques d'évaluation médico-sociale (appropriation de la grille AGGIR, lacunes et difficultés constatées, formations organisées) et à l'organisation mise en place dans les départements pour favoriser un traitement homogène de tous les bénéficiaires ;
 - au contenu du plan d'aide et à la tension entre l'esprit du plan (évaluation des besoins personnalisée) et sa pratique (prise en compte des contraintes financières). En effet, le plan d'aide ne se réalise pas toujours en totalité, générant des indus, d'où l'importance d'un contrôle d'effectivité de la dépense, de la qualité des relations entre le Conseil général et

les bénéficiaires, des modalités d'organisation du suivi de la personne qui permettent de s'assurer de l'adéquation du plan d'aide aux besoins et de l'effectivité de sa réalisation ;

- aux rapports entre l'action sociale de l'assurance vieillesse, l'APA et l'aide sociale du département ;
- à l'amélioration des frais de gestion (intérêt et limites de la télégestion et de l'usage du chèque emploi service universel - CESU).

[28] La mission a, en outre, examiné les procédures de signalement en cas de maltraitance, la restructuration des services de l'Etat dans le cadre de la révision générale des politiques publiques impliquant leur redéfinition.

Plan du rapport

[29] Le rapport rappelle d'abord les conclusions du rapport de juillet 2009 dont les conclusions et propositions se trouvent pour l'essentiel confirmées par les six nouveaux contrôles menés.

[30] Il se centre dans une seconde partie sur sept axes d'analyses transversales approfondies dans le cadre des rapports de site qui débouchent sur une série de recommandations pour la plupart complémentaires à celles développées en juillet 2009.

[31] Les principaux éléments factuels des analyses de site sont synthétisés sous forme de tableau synoptique en annexe.

1. UN RAPPORT DE JUILLET 2009 DONT LES CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS SE TROUVENT POUR L'ESSENTIEL CONFIRMÉES PAR LES SIX CONTRÔLES COMPLÉMENTAIRES (2009-2010)

[32] Les conclusions et recommandations du rapport de synthèse de juillet 2009 sont, malgré les observations des services administratifs, confirmées pour l'essentiel par la nouvelle mission de l'IGAS compte tenu des constats faits dans les six Conseils généraux, où la mission s'est rendue.

1.1. Conclusions et recommandations du rapport de juillet 2009

[33] Le rapport de juillet 2009 sur la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) a été établi à partir des contrôles menés sur la gestion de l'APA dans les départements de l'Ain, des Bouches-du-Rhône, d'Eure-et-Loir et de Haute-Corse, précédés d'un déplacement dans le Val-de-Marne.

[34] Il développe un constat en six points, assortis pour chacun des recommandations de la mission :

1.1.1. Délais d'attribution

[35] Il déplore les délais d'attribution de la prestation, générés par les textes et les pratiques. Deux des départements respectent en moyenne le délai réglementaire de deux mois, dont un en s'éloignant fortement des textes, mais les trois autres le dépassent largement (de quatre à cinq mois d'instruction). Le rapport recommande la révision des textes relatifs aux délais procéduraux intermédiaires et la transformation de la commission de proposition d'APA en commission d'orientation et de surveillance, afin de permettre le respect du délai de deux mois pour l'ouverture des droits.

N°	Recommandation	Autorité responsable
Les délais		
1	réduire les délais procéduraux, en retranchant du texte réglementaire la phase de demande d'acceptation écrite du plan d'aide, préalable à la décision finale.	Etat, DGAS pouvoir réglementaire
2	réduire les délais liés à la commission de proposition en repensant ses modalités d'intervention (suppression de l'examen systématique des demandes)	Etat et Parlement

1.1.2. Organisation hétérogène des processus d'instruction et de décision

[36] L'organisation des processus d'instruction et de décision est hétérogène : des choix différents ont été faits par les Conseils généraux, sans que s'impose un modèle idéal. L'organisation peut être déconcentrée comme dans l'Ain ou plus ou moins concentrée comme dans les autres départements examinés. Les services sont plus ou moins cloisonnés ; la présence d'une véritable équipe pluridisciplinaire pour l'examen des cas délicats est variable et mériterait d'être généralisée; la commission de proposition ne se révèle pas une formule opérationnelle alors que la commission de conciliation pourrait voir son rôle renforcé. Un contrôle annuel des ressources, si possible avec une liaison dématérialisée avec les services fiscaux, est à organiser. L'information des maires est à rendre efficiente. Les relations entre caisses de retraite et Conseils généraux doivent être remises au point pour assurer une évaluation adaptée et une continuité des paiements, sans risque de doublons.

L'instruction		
14	transformer la commission de proposition de l'APA en commission d'orientation et de surveillance de l'APA	Etat et Parlement
15	rendre obligatoire le recours préalable devant la commission de conciliation de l'APA avant toute saisine en contentieux de la commission départementale d'aide sociale	Etat et Parlement
10	supprimer l'obligation d'informer les maires du dépôt d'une demande d'APA et prévoir à la demande des maires leur information sur les droits ouverts à l'APA.	Etat, DGAS pouvoir réglementaire
3	ouvrir effectivement le droit à une APA forfaitaire, lorsque le délai global de décision n'est pas respecté	CNSA, Conseils généraux
7	moduler la durée du droit et du niveau de l'APA pour tenir compte d'une dépendance temporaire	Conseils généraux
4	améliorer les pratiques (gestion du courrier, gestion des signatures, gestion des urgences) pour réduire les délais.	Conseils généraux
5	anticiper et organiser les révisions ou renouvellements.	Conseils généraux
6	adapter les textes réglementaires pour rendre explicite le contrôle annuel des ressources, compléter les logiciels informatiques en conséquence et organiser des liaisons dématérialisées entre les Conseils généraux et les services fiscaux	Etat, DGAS pouvoir réglementaire
8	donner au Conseil général une marge d'appréciation, compte tenu de la situation locale pour la mise en œuvre de la majoration de 10% de la participation financière en cas d'emploi direct peu qualifié	Etat, Parlement

1.1.3. Disparités dans l'évaluation médico-sociale

[37] Le caractère pluridisciplinaire de l'évaluation médico-sociale est inégal. Dans trois des départements, prédomine pour déterminer le niveau de dépendance l'évaluation par un médecin, alors que l'évaluation par un travailleur social est davantage orientée vers l'élaboration du plan d'aide. Dans les deux autres, un équilibre a été recherché entre l'« évaluation sociale » et l'« évaluation médicale ». Partout, une évaluation médicale est faite par le médecin du demandeur qui remplit un certificat médical détaillé, permettant d'estimer un premier niveau de dépendance. Dans plusieurs départements contrôlés, si le certificat débouche sur un niveau de dépendance n'ouvrant pas droit à l'APA, il n'y a pas en principe de visite à domicile, sauf recours du demandeur. La composition des équipes de visite à domicile comprend des compétences diverses et variables d'un endroit à l'autre : assistants sociaux, conseillers en économie sociale et familiale, éducateurs ; plus rarement, infirmiers, agents administratifs. Le partage de l'information est ne fait que rarement l'objet de réflexion préalable afin de concilier les exigences de respect du secret professionnel et de qualité de l'évaluation médico-sociale, si bien qu'une clarification législative pour favoriser un exercice partagé du secret professionnel au sein des équipes médico-sociales pourrait être envisagée. L'effort de formation est souvent insuffisant. Les notifications de plan d'aide sont essentiellement en heures d'aide à domicile ou en montant, sans être généralement assorties de préconisations vers les structures d'aide à domicile, ni d'un suivi adapté par un référent. Des améliorations seraient à apporter sur ces divers points.

N°	Evaluation médico-sociale
20	introduire dans le code de l'action sociale et des familles une disposition favorisant l'exercice d'un secret professionnel partagé au sein des équipes médico-sociales.
23	choisir entre deux options s'agissant des cas où l'estimation du médecin de ville d'un demandeur l'a conduit à un GIR 5 ou 6 : 1) soit supprimer le caractère systématique de la visite à domicile d'un agent du Conseil général, ce qui allège la gestion interne et produit des économies d'effectifs. 2) soit confirmer l'application des textes actuels, ce qui permet un traitement égal de tous les demandeurs et favorise la fiabilité des évaluations
16	généraliser la pratique de réunions de synthèse dont la composition est véritablement médico-sociale et y soumettre en tous cas les dossiers repérés comme délicats.
17	favoriser au sein des Conseils généraux et entre eux la tenue de séminaires et de réunions d'échanges sur les pratiques internes, les évolutions de la grille AGGIR, la formation gérontologique
18	quel que soit l'organigramme général choisi, identifier un responsable charge de l'animation et de la coordination de l'équipe médico-sociale
19	systématiser l'analyse dans la durée des résultats des évaluations des classements moyens par GIR de chaque unité territoriale et/ou évaluateur (ainsi que des taux de refus), diffuser et débattre si besoin au sein du service des écarts éventuellement constatés.
21	organiser des formations à destination des médecins libéraux chargés de remplir les certificats médicaux demandés par les Conseils généraux, éventuellement en partenariat avec leurs instances représentatives et de formation.
22	mettre en place un guide méthodologique de remplissage du certificat médical à l'attention des médecins de ville du département, qui explicitent les enjeux en cause et l'usage de la grille AGGIR
24	développer l'usage par les travailleurs sociaux d'outils informatiques (logiciels avec droits d'accès et équipement, ultraportables...) sur l'ensemble de leurs activités afin d'éviter les doubles saisies et de garantir un meilleur suivi des informations recueillies.
25	transmettre par voie télématique aux services d'aide à domicile une fiche de préconisations sur les besoins et les fonctions à remplir dans le cadre de l'aide attribuée.

26	veiller à la coordination des demandes de financements publics pour l'amélioration de l'habitat (aides du Conseil général, de l'ANAH, d'autres collectivités territoriales, des principales caisses de sécurité sociale)
Les relations avec les caisses de retraite	
11	s'interroger à nouveau sur la dualité de compétence et de gestion des aides à domicile, selon le niveau de dépendance, par les caisses de retraite et le Conseil général
12	s'il était décidé de maintenir le partage actuel de compétences entre les Conseils généraux et l'action sociale des caisses de retraite en fonction du niveau de dépendance, envisager d'étendre l'action sociale des caisses de retraite à l'ensemble de leurs assurés.
13	mettre en place, dans le cadre de l'article L 232-13 du code de l'action sociale et des familles, un système commun d'évaluations médico-sociales pour les Conseils généraux et les caisses de retraite et des liaisons administratives et financières adaptées pour garantir les droits des assurés, la continuité de ces droits et l'absence de doublons.

1.1.4. Caractère traditionnel de la gestion financière

[38] La gestion financière reste traditionnelle, même si des mécanismes de télétransmission commencent à apparaître, tout en restant imparfaits. Une distinction plus claire des dépenses et des atténuations de dépenses d'APA réglementaires et extraréglementaires reste souvent à mettre au point. Le versement d'une APA forfaitaire en cas de dépassement du délai de deux mois n'est guère mis en œuvre. Le tiers payant gagnerait à être généralisé pour faciliter la gestion tant des personnes dépendantes que des Conseils généraux, ce qui implique une adaptation des textes. Il n'existe pas d'information annuelle des personnes dépendantes sur le montant de l'APA versée par le Conseil général, ce qui serait indispensable pour leur permettre de remplir correctement leur déclaration fiscale et devrait être doublée de liens dématérialisés entre les Conseils généraux et les services fiscaux. La télégestion pour les structures d'aide à domicile et le recours aux CESU pour l'emploi direct, s'ils sont bien organisés, sont de nature à permettre un contrôle de l'effectivité et à générer des économies non négligeables pour la puissance publique.

N°	La gestion financière
33	développer l'usage du CESU essentiellement pour l'emploi direct et élaborer un circuit de prépaiement des cotisations sociales
36	généraliser le contrôle d'effectivité
27	veiller à une imputation comptable correcte des dépenses
34	permettre au président du Conseil général de déterminer des modalités de règlement présentant des garanties d'efficience et d'efficacité tels que les chèques emploi service dans le cadre d'un emploi direct ou la facturation directe au prestataire
35	développer les procédures de télégestion pour les structures prestataires
45	dématérialiser les transmissions de factures des services d'aide à domicile et des établissements et les liens avec les services publics
32	généraliser l'information annuelle sur les sommes reçues au titre de l'APA à domicile (dont le total des participations financières personnelles consenties) et de l'APA en établissement (tarif dépendance).

28	isoler sur une ligne budgétaire propre les dépenses relevant de choix du Conseil général, en marge de l'application stricte des règles d'attribution de l'APA (« APA extraréglementaire »)
31	s'engager dans tous les départements de manière active dans le processus lancé par la DGFIP de dématérialisation des pièces justificatives pour l'APA et l'aide sociale en général.
30	Organiser les relations avec la pairie de telle sorte que lorsqu'un versement direct au bénéficiaire est effectué, le mandatement puisse être réalisé dans la très grande majorité des cas avant le 10 du mois correspondant à la prestation

1.1.5. Régulation limitée des pouvoirs publics

[39] Le rôle de régulation des pouvoirs publics, en particulier sur le secteur des services d'aide à domicile mériterait d'être réexaminé et renforcé. La réglementation sur les conditions d'exercice de ces services, en particulier la tarification demeure complexe (dualité des procédures autorisation et agrément ; variété des modes de tarifications pratiqués). Elle génère une opacité qui peut s'avérer préjudiciable à tous, et singulièrement aux bénéficiaires de l'APA. En pratique, des restrictions à une concurrence loyale entre prestataires demeurent sans qu'une réflexion globale ait été toujours entreprise sur leur justification au nom de l'intérêt général. Le renforcement de la qualité des services d'aide à domicile est d'ailleurs un objectif sur lequel peu de Conseils généraux s'investissent concrètement, y compris sous l'angle traditionnel du contrôle.

N°	La régulation du secteur et la tarification
39	a minima, changer les appellations « services agréés » « services autorisés » au profit de termes plus conformes à la réalité, par exemple « services agréés pour des publics vulnérables » pour les premiers et « services agréés au tarif fixe par le Conseil général » pour les seconds
40	Envisager l'unification des procédures d'agrément des services à domicile aux personnes vulnérables
41	privilégier à l'avenir la formule des recommandations (soft law) à celle des arrêtés détaillés s'agissant de points techniques particuliers portant sur les modalités d'organisation entre Conseils généraux et établissements et services médico-sociaux
42	ne pas exiger l'évaluation préalable de la dépendance pour considérer le dossier comme complet, ce qui permettra à la fois l'établissement correct du niveau de dépendance d'une personne entrant en établissement et l'ouverture des droits à l'entrée dans l'établissement

1.1.6. Faible pilotage de la gestion de l'APA

[40] Le pilotage de la gestion de l'APA, tant au niveau du Conseil général qu'au niveau national, gagnerait à être renforcé. Les systèmes d'information, tant sur le plan informatique que statistique, ont souvent besoin d'être améliorés. Les données pourront alors être davantage exploitées tant pour la gestion au niveau local que pour le suivi et l'analyse globale au niveau national. Au moins une journée annuelle réunissant les services des Conseils généraux et les services nationaux concernés sur les bonnes pratiques de gestion de l'APA serait à organiser.

Le pilotage et ses outils		
48	attribuer par voie législative à la CNSA une mission d'appui méthodologique aux départements dans l'élaboration des schémas relatifs aux personnes en perte d'autonomie, dans la mutualisation des bonnes pratiques et l'appui à la qualité de service.	Etat et Parlement
29	confirmer dans les textes la possibilité pour le ministre et la CNSA de faire appel aux services d'inspection de l'Etat, pour contrôler et évaluer la mise en œuvre des prestations liées à la perte d'autonomie	Etat pouvoir réglementaire
9	pour assurer l'ouverture automatique des droits en cas de retard d'instruction, charger la CNSA de mener dès à présent une enquête sur la situation présente et son amélioration	CNSA
37	mener des enquêtes sur les modalités du contrôle d'effectivité et diffuser les pratiques intéressantes	CNSA
47	charger la CNSA d'une coordination des outils documentaires et informatiques en matière d'APA	CNSA
49	organiser des journées annuelles de l'action sociale, réunissant les services de l'Etat, les Conseils généraux, les organismes de sécurité sociale, afin d'organiser un partage d'informations et d'expériences portant notamment sur la mise en œuvre de l'APA et les outils d'évaluation de la perte d'autonomie.	CNSA, Association des départements de France
46	mettre en place et animer des groupes de travail pour préciser les concepts demandes, y compris avec les éditeurs de logiciel ; améliorer les contrôles de cohérences lors des statistiques annuelles ; veiller à la cohérence des données transmises	CNSA, Conseils généraux, opérateurs informatiques
43	utiliser toutes les fonctionnalités des progiciels pour tendre vers une administration « sans papier » avec accès de tous les métiers de l'équipe médicosociale aux données.	Conseils généraux
44	faire évoluer les progiciels pour intégrer des données complémentaires utiles en gestion comme le calcul du niveau de dépendance, la date de l'avis d'imposition ; et pour surveiller les délais et émettre des alertes	CNSA, Conseils généraux, opérateurs informatiques

[41] Si les services des Conseils généraux se sont bien investis dans la gestion de l'APA, des points faibles subsistent. Les surmonter implique un triple effort : de la part des autorités réglementaires pour adapter les procédures ; de la part des Conseils généraux pour bien respecter des textes améliorés, adapter leurs organisations et leurs moyens de gestion ; et une démarche collective, à travers des échanges organisés par les services du ministère chargé des personnes âgées et la CNSA, pour promouvoir les bonnes pratiques et organiser les évaluations et contrôles utiles.

1.2. Confirmation pour l'essentiel de ses recommandations par la mission de l'IGAS, compte tenu des positions des services administratifs et des nouveaux constats établis

1.2.1. Les délais

1.2.1.1. Point de vue de la DGAS

[42] *Il y a accord pour aménager le délai de deux mois inscrit dans la loi pour instruire la demande d'APA et notifier la décision d'attribution. Ce délai, qui n'est pas sans conséquence puisque son dépassement entraîne le versement de l'APA forfaitaire, est en effet relativement contraint si l'on tient compte des autres délais fixés par voie réglementaire et du fait que la procédure d'instruction, marquée par de nombreuses transmissions, génère des temps morts. Néanmoins, la procédure contradictoire et la validation formelle ou le refus du plan d'aide par la personne âgée semblent devoir être conservés, notamment en ce qu'ils emportent le montant de sa participation financière. Dans ces conditions, une proposition alternative serait de porter de deux à trois mois le délai imparti au président du Conseil général pour la notification de sa décision en cas de contestation par le demandeur de la proposition initiale de plan d'aide, en l'assortissant le cas échéant d'un codicille prévoyant, à l'issue du délai de deux mois, le versement de l'APA à concurrence du montant proposé mais encore en débat.*

[43] *La commission de l'APA, dont le Conseil constitutionnel a validé qu'elle ne contrevenait pas au principe de libre administration des collectivités territoriales, doit être maintenue. La loi qui renvoie à un décret sa composition - qui influence sa capacité à se réunir à un rythme soutenu si besoin, compatible avec le volume des demandes à traiter - et ses modalités de fonctionnement - elle peut être déconcentrée par arrondissement ou par circonscription d'action sociale comme c'est le cas dans le département de l'Ain - ne prescrit pas un examen individuel des propositions de la commission que le président du Conseil général reste libre de ne pas suivre et, ce faisant, de demander des contre-propositions ; a minima, sans toucher à la loi (article L. 232-12 du code de l'action sociale et des familles), il appartient au décret (article D. 232-25 du CASF) d'en fixer la forme et de supprimer l'examen individuel systématique au profit d'un examen par liste.*

1.2.1.2. Position de la mission 2010 de l'IGAS

[44] La DGAS est sensible à la question des délais. Une solution de nature à allonger les délais de deux à trois mois ne paraît toutefois pas acceptable.

[45] Si la mission de l'IGAS partage pleinement le souci du contradictoire et la possibilité de refuser un plan d'aide inadéquat, elle confirme que cela lui paraît possible dans un cadre réglementaire plus souple, n'imposant pas, au-delà du délai global de deux mois à compter du dossier reconnu comme complet, de délais réglementaires supplémentaires de procédure au Conseil général. La mise en œuvre d'une procédure d'approbation tacite de la proposition de plan d'aide, combinée avec la possibilité d'un recours contre la décision prise, dès lors que celle-ci est claire dans son contenu, lui paraît apporter toutes les garanties nécessaires (voir 2.2).

[46] L'IGAS estime tout à fait utile l'existence d'une commission de l'APA, à la fois comme instance de recours et comme instance de suivi et de doctrine. A défaut d'une adaptation législative, un aménagement par décret peut en effet permettre d'aménager le fonctionnement de la commission. Il pourrait intervenir dès à présent.

- [47] Le texte réglementaire actuel permet déjà au Conseil général de désigner avec une certaine souplesse les représentants du Conseil général à la Commission où ils détiennent, dans l'instance de proposition, la majorité. Au titre de ses membres, le Conseil général a donc la possibilité de mettre en place une équipe ou plusieurs équipes techniques pluridisciplinaires exerçant en tout ou partie les attributions de la commission de proposition, selon que sont invités ou non à ses réunions les autres membres prévus par le texte. Il pourrait être préférable d'aménager aussi cette partie du texte pour prévoir explicitement une possibilité de délégation de la commission plénière à des équipes pluridisciplinaires sous son contrôle.
- [48] La mission de l'IGAS insiste sur la nécessité de pouvoir adapter l'organisation des traitements à une gestion de masse, tout en maintenant une appréciation individualisée. Il est nécessaire que les traitements puissent s'exercer en flux continu, sans être arrêtés par des instances d'examen espacées de plus d'une semaine (voir 2.2).

1.2.2. L'instruction

1.2.2.1. Point de vue de la DGAS

- [49] *En revanche, transformer la commission d'attribution de l'APA en commission d'orientation et de surveillance du dispositif de l'allocation personnalisée d'autonomie implique une modification législative comme l'indique le rapport. Cette transformation ne serait pas anodine car elle modifierait le processus décisionnel équilibré prévu pour l'attribution de l'APA et fondé sur l'intervention d'une instance collégiale qui exerce un pouvoir de proposition, sans pour autant que le président du Conseil général soit lié dans ses décisions, et conférerait à celui-ci un pouvoir discrétionnaire. Cette proposition me semble donc devoir faire l'objet d'une expertise approfondie.*
- [50] *Les propositions visant à rendre effectif le versement d'une APA forfaitaire en cas de dépassement du délai d'instruction de deux mois (article L. 232-14 – 3^{ème} alinéa), à conforter la commission de l'APA dans son rôle de conciliation et de règlement amiable des litiges relatifs à l'APA (article L. 232-18 du CASF) en imposant d'y recourir avant toute instance contentieuse devant la commission départementale d'aide sociale, à alléger la charge administrative des Conseils généraux en supprimant l'obligation d'informer les maires du dépôt d'une demande d'APA (article R. 232-23 du CASF), à prévoir le contrôle et la révision annuelle des ressources des bénéficiaires recueillent mon accord.*
- [51] *Par contre, il ne me semble pas opportun, en l'absence d'arrêté définissant la notion « d'expérience acquise », de laisser aux Conseils généraux une marge de manœuvre pour l'application de la majoration de 10% de la participation financière du bénéficiaire en cas de recours à un emploi direct peu qualifié et/ou peu expérimenté (articles L. 232-6 3^{ème} alinéa et R. 232-14 du CASF). Outre une possible rupture d'égalité, une telle disposition conduirait, dans les faits, à une réduction généralisée de 10% des rémunérations des salariés intervenant en gré à gré auprès des bénéficiaires de l'APA, assez éloignée de l'esprit de la loi qui est de favoriser le recours à une aide qualifiée et peu cohérente avec la convention que l'Etat et la CNSA s'approprient à signer avec la Fédération des particuliers employeurs de France (FEPED) qui emporte cofinancement de la CNSA (section IV). En effet, d'après les statistiques, 30% à 40% des bénéficiaires de l'APA auraient recours à l'emploi direct, ce qui justifie à mon sens une réelle réflexion sur sa professionnalisation, sa sécurisation et une amélioration de sa qualité.*

1.2.2.2. Position de la mission 2010 de l'IGAS

- [52] La mission de l'IGAS comprend le souci de la DGAS d'éviter des modifications législatives, dès lors que ces dernières ne seraient pas indispensables. La commission de l'APA peut d'ores et déjà jouer un rôle de surveillance et d'orientation, qu'elle joue dans certains Conseils généraux. Une mise en conformité de la loi et des pratiques serait toutefois, si elle s'avère possible, préférable.
- [53] En ce qui concerne la majoration de 10%, elle ne l'a vu, sur onze départements examinés à cet égard, mise en œuvre que dans un seul, cela d'autant plus que le Conseil général détermine les tarifs de prise en charge, ce qui réduit l'intérêt de cet article législatif à portée psychologique. Les Conseils généraux s'en sont déjà affranchis ; il serait donc plus cohérent d'amender le texte pour reconnaître la réalité.

1.2.3. L'évaluation médico-sociale

1.2.3.1. Point de vue de la DGAS

- [54] *Doit demeurer intangible, pour tout demandeur de l'APA, le principe d'une évaluation médico-sociale à domicile qui comporte la détermination du degré de perte d'autonomie (grille AGGIR) et l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé (outil multidimensionnel d'évaluation des besoins) par une équipe médico-sociale pluridisciplinaire : le rejet, sans visite à domicile, d'une demande d'APA provenant d'une personne évaluée en GIR 5 ou 6 par un médecin de ville est nul et non avenu et doit être considéré comme une rupture d'égalité remettant en cause le caractère universel de la prestation.*
- [55] *La question du certificat médical du médecin traitant doit être revue et sa production encadrée. Contrairement à l'arrêté du 28 avril 1997 pris pour l'application de l'article 9 du décret n° 97-426 du 28 avril 1997 relatif aux conditions et aux modalités d'attribution de la prestation spécifique dépendance qui mentionne le certificat médical du médecin traitant comme justificatif constitutif d'un dossier de demande complet de PSD, l'annexe 2-3 du code de l'action sociale et des familles relative au dossier de demande d'APA n'y fait pas référence, alors même que dans certains départements, le pré-remplissage de la grille AGGIR par le médecin traitant est un préalable à l'enregistrement de la demande par le Conseil général au motif que « au cours de son instruction, l'équipe médico-sociale consulte le médecin désigné, le cas échéant, par le demandeur » (article R. 232-7 3^{ème} alinéa du CASF). Ni formalité administrative ni substitut de la visite à domicile de l'équipe médico-sociale (EMS), le certificat médical du médecin traitant doit renseigner cette dernière sur la nature des pathologies, leur évolution, leurs conséquences fonctionnelles et rendre compte au long cours de troubles psychiques et du comportement notamment qui ne sont pas forcément décelables à l'occasion de la visite ponctuelle à domicile par un personnel non soignant membre de l'EMS. Dans ces conditions, le directeur général de l'action sociale souscrit à la proposition de mise en place et de diffusion, via les unions régionales des médecins libéraux (URML), à destination des médecins de ville, d'un guide méthodologique de remplissage du certificat médical qui viendrait compléter le nouveau guide remplissage de la grille AGGIR.*

- [56] *La formation des médecins libéraux à la grille AGGIR, si elle relève plutôt des Conseils généraux, est une entreprise de longue haleine dont les premiers jalons sont posés. En effet, à l'occasion de la publication du nouveau guide de remplissage de la grille AGGIR (décret n° 2008-821 du 21 août 2008), une mission a été confiée par la secrétaire d'Etat à la solidarité au Docteur Jean- Marie VETEL de bâtir et déployer sur tout le territoire, sous l'égide de la DGAS et de la CNSA, une offre nationale de formation, « labellisée » et mutualisée entre tous les acteurs de l'évaluation de la perte d'autonomie. La méthode proposée consiste à démultiplier et à homogénéiser l'offre de formation par la formation de formateurs et à mettre en place, dans chaque département, une équipe de 5 à 6 personnes de formateurs « référents » ou de formateurs « relais » agréant un médecin conseil de la CRAM, deux médecins (ou personnes ressources) du Conseil général pour la formation des équipes médico-sociales de l'APA et deux ou trois médecins gériatres pour la formation des médecins coordonnateurs et des équipes soignantes des EHPAD. Les formations interrégionales destinées à former les formateurs relais départementaux s'achèvent et ont permis d'amorcer la diffusion d'une culture commune de l'évaluation de la perte d'autonomie. S'ouvre à présent la phase des réunions locales à destination des équipes médico-sociales des départements et des médecins coordonnateurs des EHPAD qui, dans leur grande majorité, sont des médecins libéraux appelés, par ailleurs, à remplir les certificats médicaux des demandeurs de l'APA à domicile et qui accèdent ainsi à une appropriation de la grille AGGIR.*
- [57] *Les autres recommandations de bonnes pratiques (réunions de synthèse et d'échanges sur les pratiques internes, identification du responsable de l'animation et de la coordination des équipes médico-sociales, généralisation des outils informatiques pour éviter les doubles saisies ...), dont certaines ont fait l'objet des travaux de l'Ecole des Mines avec les Conseils généraux des Alpes-Maritimes, du Nord, du Puy-de-Dôme, du Rhône et des Yvelines et qui touchent à l'organisation des services des départements, pourront utilement être communiqués à l'Assemblée des départements de France et relayées dans le cadre de la concertation avec les Conseils généraux sur le projet de loi 5^{ème} risque autonomie.*

1.2.3.2. Position de la mission 2010 de l'IGAS

- [58] *La mission de l'IGAS se réjouit d'être suivie par la DGAS en matière d'évaluation médico-sociale. Elle a toutefois relevé les délais mis à la mise en œuvre du nouveau guide de remplissage de la grille AGGIR, qui n'était encore opérationnelle que dans une minorité des départements qu'elle a examinés.*
- [59] *Elle reste partagée sur le risque de rupture d'égalité qu'entraînerait un rejet par le seul médecin traitant, écartant un GIR 4 à 1, dès lors qu'un recours peut toujours être exercé. Il lui semble important que le perfectionnisme ne l'emporte pas sur une gestion réaliste, dès lors que les droits des intéressés restent bien protégés.*

1.2.4. Les relations avec les caisses de retraite

1.2.4.1. Point de vue de la DGAS

- [60] *Plusieurs rapports, notamment ceux d'Hélène Gisserot sur les perspectives financières de la dépendance à horizon 2025, de Martine Carrillon-Couvreur pour la MECSS et d'Alain Vasselie au nom de la mission commune d'information dépendance, ont proposé le transfert de l'action sociale vieillesse aux départements. Le rapport de l'IGAS de bilan de la convention d'objectifs et de gestion 2005-2008 entre l'Etat et la CNAV, qui a servi de base à la préparation de la nouvelle COG, a jugé préférable de recommander l'achèvement et la consolidation de la réorientation de l'action sociale de la CNAV sur le champ spécifique de la prévention de la perte d'autonomie.*

- [61] *Signée le 6 avril 2009, la convention d'objectifs et de gestion 2009-2012 affiche trois priorités pour l'action sociale de la branche vieillesse : amplifier et structurer la politique de prévention, consolider les acquis de la diversification des prestations et anticiper les mesures nécessaires à une égalité de traitement des retraités et à une continuité des prises en charge.*
- [62] *Ainsi, l'action de la CNAV se situe en amont de la compensation de la dépendance, mise en œuvre par les Conseils généraux au travers de l'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap, et vise à développer des stratégies de prévention de la perte d'autonomie reposant sur une démarche d'évaluation des besoins et de construction de plans d'actions personnalisés. Ce partage des rôles, destiné à faire émerger une véritable politique de prévention de la perte d'autonomie en direction de retraités fragiles mais autonomes (GIR 5 et 6), nécessite une coopération et une coordination étroites entre les acteurs des deux champs pour garantir la continuité des droits, des accompagnements et des prises en charge, pour progresser vers une pratique commune d'évaluations médico-sociales opposables, pour mettre un terme à l'empilage des procédures et organiser les échanges d'information. C'est l'objet des conventions entre les départements et les organismes de sécurité sociale mentionnées au 1^{er} alinéa de l'article L. 232-13 du CASF. L'arrêté du 10 janvier 2002 fixant le cahier des charges de ces conventions a épuisé son objet qui était d'assurer, sans rupture de droits, le passage des retraités relevant du GIR 4 justiciables de l'action sociale des régimes de vieillesse 4 à l'allocation personnalisée d'autonomie ; il convient donc d'assigner à présent l'objectif ambitieux d'une évaluation partagée du niveau de perte d'autonomie à une nouvelle vague de conventions entre les CRAM et les Conseils généraux. Cet objectif inscrit dans la nouvelle COG recoupe totalement vos recommandations 12 et 13.*

1.2.4.2. Position de la mission 2010 de l'IGAS

- [63] *La mission de l'IGAS a approfondi dans les départements où elle s'est rendue les analyses menées et envisage deux scénarios dans la ligne des orientations déjà formulées. Voir 2.7.*

1.2.5. La gestion financière

1.2.5.1. Point de vue de la DGAS

- [64] *Les recommandations de la mission pour la bonne imputation des dépenses d'APA (dépenses nettes et dépenses extralégales), pour adapter et dématérialiser les procédures de mandatement, pour diffuser aux bénéficiaires de l'APA, notamment lorsqu'il est fait appel au mécanisme de tiers-payant, une information annuelle transparente sur le montant des aides qu'ils ont perçues, pour développer la télégestion, pour généraliser le contrôle d'effectivité et en diffuser les pratiques intéressantes sont partagées et n'appellent pas de remarques particulières une fois observé que leur mise en œuvre dépend souvent du seul Conseil général et que l'appropriation de ces mesures passe nécessairement par la diffusion des bonnes pratiques relevées sur le terrain.*

- [65] *Inciter les Conseils généraux à utiliser largement le CESU préfinancé comme moyen de paiement de l'APA est une orientation que soutient la DGAS. Le CESU offre en effet plusieurs avantages : il garantit que la prestation a bien été utilisée pour le paiement d'un service ou d'un intervenant à domicile ; il réduit la dépense à la source en cas de non recours, en évitant les indus et les rappels ; il permet enfin, pour les deux raisons précédentes, de faire des économies – que le Conseil général des Pyrénées Orientales, précurseur dans l'emploi du CESU a estimées à 17% de sa dépense d'APA – qui peuvent être redéployées pour une amélioration du financement du dispositif, au bénéfice le cas échéant de l'attractivité des métiers du secteur de l'aide à domicile. Toutefois, il faut souligner que le CESU n'assure pas en tant que tel le contrôle d'effectivité : il permet de s'assurer que l'APA a bien été versée à un intervenant à domicile mais non, contrairement aux systèmes de télégestion, que le nombre d'heures prévu par le plan d'aide a bien été réalisé.*
- [66] *Développer l'usage du CESU préfinancé dans le cadre de l'emploi direct implique toutefois de régler le problème des cotisations sociales dues à l'Urssaf et nécessite de mettre en place un système de tiers payant entre le Conseil général, émetteur du CESU, et l'Urssaf. Passer à un niveau supérieur et généraliser cet usage implique, et c'est plus discutable, de supprimer, pour le salarié en emploi direct, la possibilité de refuser d'être rémunéré au moyen du CESU (article L. 129-6 du code du travail).*

1.2.5.2. Position de la mission 2010 de l'IGAS

- [67] *La mission de l'IGAS comprend les réserves émises, mais il lui semble que, sur ce point également, un meilleur équilibre est nécessaire entre des principes quelque peu abstraits et une réalité de gestion qui se heurte au maintien de cas particuliers sans intérêt réel. Dès lors que la collectivité participe directement au financement d'emploi, elle devrait être en droit d'exiger quelques contreparties facilitant l'exercice de contrôles. (voir 2.5)*

1.2.6. La régulation du secteur et la tarification

1.2.6.1. Point de vue de la DGAS

- [68] *Le rapport propose de simplifier le cadre juridique qui prévaut actuellement pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile et qui est caractérisé par un droit d'option, instauré par l'ordonnance du 1er décembre 2005, entre le régime de l'autorisation résultant des dispositions de la loi du 2 janvier 2002 qui emporte une tarification administrée et le régime de l'agrément qualité issu de la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne où les prix sont fixés librement lors de la signature du contrat entre le prestataire de service et le bénéficiaire pour évoluer ensuite dans la limite d'un taux fixé par le ministère de l'économie et des finances. Les services agréés comme les services autorisés interviennent auprès des bénéficiaires de l'APA, l'autorisation et l'habilitation à l'aide sociale n'étant nécessaires que pour les seules structures intervenant auprès de bénéficiaires de l'aide sociale départementale. Ce n'est d'ailleurs pas le financement public qui justifie l'autorisation et l'agrément qualité mais le souci de protéger l'utilisateur et de garantir une qualité minimale de prise en charge.*
- [69] *Il 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 présente 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.*

- [70] *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.*
- [71] *L'unification des modes d'autorisation de ces services passe par la suppression de l'un des deux régimes existants et par l'aménagement du régime restant. La mission IGAS d'enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées qui a examiné cette question recommande la disparition du régime de l'autorisation. La suppression de l'autorisation/tarifification 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.*
- [72] *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.*
- [73] *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 définitivement 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.*
- [74] *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 et d'accompagnement à domicile et ne pas conclure d'emblée à une suppression de l'autorisation au profit de l'agrément. En tout état de cause, cette simplification devra s'accompagner d'une information disponible et transparente pour les usagers sur l'offre de services et le prix des services.*

1.2.6.2. Position de la mission 2010 de l'IGAS

- [75] *La mission de l'IGAS rejoint la suggestion de la DGAS d'approfondir le débat, mais peut-être pour des raisons différentes.*
- [76] *L'agrément lui paraîtrait pouvoir offrir des garanties similaires à l'autorisation, dès lors que le Conseil général peut attaquer la décision d'agrément, s'il n'est pas suivi, et que surtout serait mis en place, après agrément, un système de contrôle rapide de la qualité qui pourrait reposer sur des contrôles conjoints DIRECCTE-Conseil général.*

[77] Le problème le plus délicat lui paraît être celui de la tarification des prestations. La mission a constaté dans les six départements où elle s'est rendue l'existence de deux systèmes. En cas d'autorisation et de choix de l'organisme autorisé pour une tarification budgétaire, le tarif, fixé par le Conseil général, est opposable à l'organisme autorisé dans ses relations avec le bénéficiaire de l'APA. Dans les autres cas, le Conseil général fixe un tarif, dit de référence, qui est le tarif de prise en charge au titre de l'APA, mais qui peut être dépassé directement ou indirectement par l'organisme prestataire d'aide à domicile. Une double participation se développe ainsi dans certains départements. A la participation financière du bénéficiaire d'APA, en fonction de ses ressources, s'ajoutent le ou les surcoûts du prestataire. Ce nouveau reste à charge ne paraît pas cohérent avec les principes législatifs de mise en place de l'APA et exige une réflexion sur l'opposabilité des tarifs applicables aux bénéficiaires de l'APA, financés en large part par la collectivité publique. Voir 2.3

1.2.7. Le pilotage et ses outils

1.2.7.1. Point de vue de la DGAS

[78] *Le projet de loi sur le 5^{ème} risque autonomie sera l'occasion de revenir sur la gouvernance nationale des dispositifs de protection sociale pour l'autonomie en renforçant les missions de la CNSA et en confortant ses moyens.*

[79] *Deux dispositions me semblent devoir être retenues pour asseoir le pilotage national :*

- *donner, par voie réglementaire, des moyens réels au ministre et à la CNSA pour contrôler et évaluer la bonne mise en œuvre des prestations (exemple supra de l'APA forfaitaire en cas de dépassement des délais d'instruction) en leur permettant de recourir aux services d'inspection de l'Etat.*
- *mettre à la disposition du législateur, des élus locaux, des usagers et du public les données et analyses utiles à l'appréciation du dispositif d'ensemble et à la comparaison des situations départementales (publication régulière des résultats de l'APA département par département, tant en ce qui concerne le nombre de bénéficiaires que le montant de la dépense). La diffusion de ces données aura, en soi, un effet régulateur et correctif.*

1.2.7.2. Position de la mission 2010 de l'IGAS

[80] La mission de l'IGAS souhaite que le système de pilotage aille au-delà de ce que retient la DGAS et que l'intégralité de ses premières recommandations soit reprise, notamment l'organisation de journées annuelles de l'action sociale, permettant aux divers partenaires de traiter de l'APA.

2. DES ORIENTATIONS TRANSVERSALES APPROFONDIES DANS LE CADRE DES NOUVELLES INVESTIGATIONS DE L'IGAS

2.1. Une maîtrise des dépenses et des évaluations à renforcer dans certains départements

[81] L'échantillon de départements retenus par la présente mission de l'IGAS compte quatre sur six des départements, caractérisés par le nombre élevé de leurs bénéficiaires au regard de la population âgée correspondante (Corse du Sud, Hérault, Pas-de-Calais, Seine-Maritime), les autres se situant soit dans la moyenne (Côte d'Or), soit ayant une proportion de bénéficiaires plus restreinte (Yvelines).

[82] Une dérive paraît à corriger dans certains des 4 départements, dont la proportion de bénéficiaires de l'APA par rapport aux personnes âgées est la plus élevée. Mais des économies peuvent être également possibles dans les autres.

2.1.1. Une dérive à corriger dans des départements caractérisés par la proportion élevée de leurs bénéficiaires

2.1.1.1. Une attribution probable de l'APA à des bénéficiaires dont le niveau de dépendance relève des GIR 5 et 6

[83] La Mission n'était pas à même de contrôler directement la qualité des évaluations médico-sociales, ce qui aurait supposé la participation d'un médecin et un co-examen des personnes demandant l'APA.

[84] Elle a donc procédé de manière indirecte. D'une part, elle a examiné les procédures suivies dans chaque département à partir d'un échantillon d'une trentaine de dossiers avec le concours des membres des équipes. D'autre part, elle a procédé à une analyse statistique à partir des données nationales et des données locales et comparé les divers départements où elle se rendait. Elle s'est aussi appuyée sur les données de la CNAVTS.

[85] Elle a pu dégager ainsi un certain nombre de critères statistiques et qualitatifs qui peuvent conduire à présumer que les admissions en APA comprennent ou non des personnes âgées en GIR 5 ou 6.

Tableau 1 : Tableau de critères relatifs aux bénéficiaires

Conseils généraux	Nombre de bénéficiaires d'un paiement en décembre 2008 pour 1000 personnes âgées de 60 ans et plus	Nombre de bénéficiaires d'un paiement en décembre 2008 pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus	Rang national du département au regard du ratio précédent	% des bénéficiaires d'aide à domicile des CRAM/retraites principales	Taux de rejet/premières demandes d'APA par le Conseil général
Corse du Sud	144	393	2	0,3%	11%
Côte d'Or	88	219	Moyen	2,55% PAP 2,95 %AMD	26%
Hérault	111	284	6	1% Dont 0,65 AMD	17,5%
Pas-de-Calais	123	307	5è	2,04	11,1%
Seine-Maritime	103	262	19	2,05	9%
Yvelines	47	139	Avant dernier	1,83	9%
France	86	220		2,36	23%

[86] De ces critères statistiques, il se dégage donc un faisceau de présomptions, quant à une certaine générosité dans l'ouverture des droits à l'APA, dans au moins deux des départements examinés.

2.1.1.2. Des procédures d'évaluation de qualité insuffisante

- [87] Sur le plan plus qualitatif, cette relative générosité au regard des données statistiques de bénéficiaires se trouve confirmée par des observations. La qualité d'établissement des documents d'évaluation laisse à désirer dans un au moins des départements concernés, la supervision hiérarchique de ces évaluations est fréquemment insuffisante, la prise en compte critique de l'évaluation médicale n'est pas suffisamment organisée. Certaines de ces insuffisances qualitatives, notamment en matière d'évaluation médicale, se retrouvent également dans des départements présentant de meilleurs résultats statistiques.

2.1.2. Des économies également possibles dans des départements sans caractéristiques manifestes

2.1.2.1. Des orientations qui pourraient être mieux définies pour encadrer la dépense

- [88] L'équilibre à observer selon les niveaux de dépendance entre le recours aux services prestataires, mandataires et au gré à gré a fait l'objet d'orientations plus ou moins formulées selon les Conseils généraux. Lorsque ces orientations existent, elles ne sont pas nécessairement mises en œuvre.
- [89] Ainsi beaucoup de Conseils généraux indiquent leur préférence pour les services prestataires, mais n'appliquent pas pour autant la majoration de 10% de la participation prévue par les textes en cas de non recours à un prestataire par des personnes classées dans les GIR 1 et 2. Seule la Corse du Sud paraît l'appliquer, mais elle est en même temps le département qui admet le plus largement l'emploi direct, notamment dans le cadre du gré à gré familial, tout en s'interrogeant sur son usage. Les services « prestataires » sont cependant nettement plus coûteux que les « services mandataires » et que l'emploi direct ou en gré à gré, conduisant à ce que les personnes âgées les plus dépendantes préfèrent souvent pour des raisons financières recourir au gré à gré plutôt qu'aux professionnels les mieux formés pour s'occuper d'elles.
- [90] Les rôles respectifs de l'évaluation médicale et de l'évaluation sociale n'ont pas toujours fait l'objet d'une réflexion et dépendent soit du nombre de médecins que le Conseil général accepte de consacrer à cette mission, soit de l'implication des médecins concernés. Les questionnaires médicaux demandés ou non aux médecins traitants sont de forme variable et donnent lieu à une exploitation, elle-aussi variable, sans être généralement bien insérée dans la chaîne d'instruction pour rendre l'évaluation aussi objective que possible.
- [91] Le contenu des plans d'aide et leurs modalités de mise en œuvre sont souvent insuffisamment précisés. L'existence de recours à des soins infirmiers ou à un SIAD n'y est qu'exceptionnellement mentionnée, alors qu'elle devrait conduire à une articulation raisonnée entre les interventions à domicile. Le fractionnement des heures pour bien répondre aux besoins est inégalement pratiqué. Des plans d'aide plus précis, correspondant à de véritables prescriptions pour répondre aux besoins de la personne âgée, n'ont été vus que dans certains des départements rencontrés et ne sont toutefois pas pour autant adressés au service prestataire (Côte d'Or).

2.1.2.2. Des contrôles inégaux et perfectibles

- [92] Les ressources des bénéficiaires sont contrôlées selon des échéances variables selon les départements (de un à 5 ans et généralement lors des révisions à la demande des bénéficiaires dans les départements où la mission s'est rendue). Une révision annuelle des ressources correspondrait à la volonté du législateur et limiterait la dépense de prestation.

- [93] Des technologies de gestion ou de contrôles d'effectivité du respect des plans d'aide plus systématiques seraient susceptibles de réduire sensiblement les dépenses, comme le montre l'exemple du recours à la télégestion dans les Bouches du Rhône ou en Haute-Corse et au CESU dans les Pyrénées-Orientales.
- [94] Les modalités de ces contrôles et les préconisations qui découlent de leur analyse sont précisées ci-dessous.
- [95] Une plus grande rigueur des méthodes d'évaluation, s'appuyant sur une formation adaptée, sur une supervision dotée d'outils et d'un suivi et sur une meilleure exploitation des données médicales, pourrait permettre une meilleure maîtrise du nombre de bénéficiaires dans les départements, où une certaine dérive peut être présumée, ou des dépenses lorsque ce nombre se situe dans la moyenne, mais que les dépenses des plans d'aide sont élevées. Des économies devraient en résulter progressivement grâce à une réduction de l'augmentation du flux des entrants, une meilleure appréciation des révisions, un encadrement adapté des évaluations et des montants de plan d'aide, accompagné d'un contrôle efficace.

Recommandation n°1 : Organiser des formations professionnelles régulières des membres des équipes médico-sociales à l'évaluation dans le cadre de la grille AGGIR.

Recommandation n°2 : Mettre au point au sein de chaque Conseil général des instruments de pilotage pour suivre et comparer les évaluations entre secteurs géographiques et responsables des équipes médico-sociales.

Recommandation n°3 : Généraliser la prise en compte des évaluations médicales en y associant le cas échéant du personnel infirmier formé à cet exercice.

Recommandation n°4 : Organiser la supervision des évaluations médicales et sociales du niveau de dépendance et d'élaboration des plans d'aide.

Recommandation n°5 : Définir des orientations dans le recours respectif aux prestataires, mandataires ou à l'emploi direct.

Recommandation n°6 : Préciser les modalités des plans d'aide afin de les faire correspondre aux justes besoins.

Recommandation n°7 : Contrôler efficacement par le recours aux nouvelles technologies.

2.2. *Une mise au point des procédures de traitement et de décision de l'APA pour une attribution plus rapide, plus simple et plus claire*

2.2.1. Une phase de concertation à aménager pour qu'une procédure contradictoire n'allonge pas les délais

Recommandation n°8 : Réduire les délais procéduraux, en retranchant du texte réglementaire la phase de demande d'acceptation du plan d'aide, préalable à la décision finale

- [96] La mission de l'IGAS renouvelle complètement cette recommandation N° 1 du rapport de synthèse 2009.

- [97] Elle a pu à nouveau observer que le respect de cette procédure réglementaire, dont le caractère extrêmement formaliste a été analysé dans le rapport de synthèse 2009, génère des délais peu utiles qui vont à l'encontre de l'intérêt des bénéficiaires. Dans plus de 90% des plans d'aide, ce dernier est accepté par le bénéficiaire. En outre, même en l'absence d'une procédure contradictoire formelle, il possède toujours la possibilité de contester le plan d'aide et la décision.
- [98] Dans l'attente de la modification des textes, des simplifications peuvent d'ores et déjà être apportées par certains Conseils généraux : le texte actuel ne leur impose pas, comme certains le croient, d'envoyer le plan d'aide par lettre recommandée avec accusé de réception, ce qui, compte tenu de l'absence de plus en plus courante de port à domicile de ces lettres, oblige les personnes âgées ou leur aidant à se rendre au bureau de poste.
- [99] Par ailleurs, une modification du texte réglementaire devrait permettre au Conseil général de mettre en place une procédure d'acceptation tacite, dès lors qu'un refus ne lui est pas adressé, et de considérer que le plan est approuvé.
- [100] Supprimer les contraintes réglementaires en la matière donne au Conseil général la responsabilité d'adopter les modalités pratiques qui lui paraissent les mieux adaptées.

Recommandation n°9 : Ouvrir la possibilité d'une procédure d'acceptation tacite en modifiant le texte réglementaire.

2.2.2. Une phase de décision à rendre cohérente et à fonder sur une évaluation médico-sociale correcte

- [101] Le processus de décision prévu par les textes n'est pas entièrement cohérent et pourrait être revu de manière plus globale.
- [102] La proposition de plan d'aide qui est l'élément essentiel est adressée par l'équipe médico-sociale.
- [103] La commission de proposition n'intervient qu'ensuite, après que le plan d'aide ait été fixé et accepté dans le cadre d'un quasi-contrat. La marge d'appréciation de la commission de proposition et du président du Conseil général est alors presque nulle. En pratique, lorsque la commission existe (dans seulement deux des six départements, elle a fonctionné conformément à la réglementation pour toute l'année 2009), elle entérine, pour l'essentiel, une liste de décisions préparées qu'elle ne fait que retarder. Sur le plan juridique, dès lors qu'une proposition a été faite auparavant par le Conseil général et acceptée par le demandeur, il n'est pas évident qu'une décision puisse modifier la proposition antérieure dans un sens défavorable à l'intéressé.
- [104] La nécessité juridique d'une commission conduit, dans la plupart des départements qui essaient de maintenir la fiction d'une décision en commission, à grouper les décisions de manière espacée, au moins tous les quinze jours, souvent un mois, parfois plus, ce qui retarde les décisions et allonge les délais au détriment des demandeurs.

[105] Il conviendrait donc d'unifier la procédure et de l'harmoniser à l'ensemble du territoire national, en prévoyant une seule autorité ayant délégation du président du Conseil général pour proposer en son nom un plan d'aide, négocié avec le demandeur ou son aidant et confirmé d'une décision d'attribution. Cette ou ces autorités seraient désignées par le président du Conseil général (délégation de compétence ou de signature) et s'appuierait sur une instance pluridisciplinaire, comprenant un médecin, ou à défaut un infirmier, un travailleur social et un responsable administratif. La commission de proposition se verrait transformée en commission de surveillance et de conciliation, examinant tous les recours, se saisissant d'un échantillon de cas pour examiner la cohérence des décisions et suivant les pratiques sur le plan statistique et sur le plan qualitatif. Elle adopterait un rapport annuel sur l'APA.

[106] A défaut de cette modification à certains égards législative, il serait utile de prévoir clairement la possibilité pour la commission de proposition de donner délégation à des équipes pluridisciplinaires.

Recommandation n°10 : Systématiser une équipe technique pluridisciplinaire, composée d'un médecin du Conseil général ou à défaut d'un infirmier, d'un travailleur social et d'un responsable administratif pour examiner tous les dossiers le méritant et superviser les autres.

Recommandation n°11 : Transformer la commission de proposition en commission de surveillance et de conciliation par une disposition législative.

Recommandation n°12 : Prévoir, à défaut d'une modification législative, par un texte réglementaire la possibilité pour la commission de proposition de donner délégation à des équipes pluridisciplinaires pour l'examen des décisions individuelles.

2.2.3. Des notifications de décision et des plans d'aide à rendre plus cohérents et plus clairs

[107] Deux actes juridiques aujourd'hui coexistent : le plan d'aide, la décision notifiée. Or ces deux actes ne sont pas toujours cohérents dans leur rédaction. Le plan d'aide est généralement en heures pour ce qui concerne l'aide à domicile. La décision est un montant en euros. Or le coût de l'heure évolue dans le temps, mais pas nécessairement comme le plafond réglementaire de chaque GIR. Il n'est pas toujours clair de savoir, compte tenu des rédactions pratiquées, ce qui l'emporte : le montant de la décision en euros (c'est le cas le plus fréquent), le nombre d'heures du plan d'aide (c'est le plus logique au regard de l'objectif de l'aide et c'est le cas dans certains départements), le plafond du montant de l'aide attribuable au titre d'un GIR (c'est le plafond de l'aide légale présentable à la CNSA, mais un Conseil général peut mettre en œuvre une prestation extra légale complémentaire). Tout cela, même si c'est complexe, devrait être clairement exprimé.

[108] Les plans d'aide peuvent couvrir diverses formes d'aide. La décision les concernant peut être limitative pour chaque forme d'aide ou rester plus ou moins globale pour permettre une souplesse d'ajustement entre les aides et selon les mois ou les trimestres, en évitant des révisions trop fréquentes.

[109] A cela s'ajoute souvent une rédaction relativement illisible issue des logiciels de certains éditeurs, qui, compte tenu de la multiplicité des mentions, rend peu compréhensible la décision et sa portée dans le temps.

Recommandation n°13 : Mieux articuler les notifications en montant et les plans d'aide principalement en heures.

Recommandation n°14 : Améliorer la rédaction des notifications et renforcer le contenu des plans d'aide sans les rigidifier.

2.3. Une limitation des disparités de participation financière et de qualification des intervenants en matière d'APA liées aux règles et pratiques de tarification

2.3.1. La tarification de l'aide à domicile

2.3.1.1. Deux modes de tarification principaux en matière d'aide à domicile : tarifs des services autorisés et tarifs de référence des services agréés.

[110] La tarification des services d'aide à domicile ressort essentiellement de deux modes de tarification selon qu'il s'agit de services autorisés par le Président du Conseil général, dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002 (et de son décret d'application du 22 octobre 2003 portant sur les règles budgétaires, comptables, financières et tarifaires des établissements et services médico-sociaux) ou de services agréés par le Préfet (DDTEFP), sous le régime de la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne.

[111] Dans le cas des services autorisés par le Président du Conseil général, celui-ci est également appelé à tarifier les prestations délivrées par ces services et à exercer sur eux un contrôle budgétaire et comptable. Cependant, dans l'un des départements visités par la mission, la Côte d'Or, les services autorisés ne font pas l'objet d'une tarification personnalisée par les services du Conseil général.

[112] S'agissant des services – prestataires ou mandataires - agréés par le Préfet (services du travail et de l'emploi), les Conseils généraux ne disposent pas d'un pouvoir de tarification direct explicite mais ont généralement pour pratique de fixer des tarifs « de référence » qui servent de base au chiffrage des plans d'aide sans être de plein droit opposables aux services prestataires, qui parfois les dépassent, en mettant le surplus à la charge directe de la personne âgée (l'article L. 347-1 du CASF ne les rend pas opposables aux services prestataires agréés). La question se pose, toutefois, de la compétence des Conseils généraux pour les rendre opposables, comme le conseil d'administration de la CNAVTS l'a fait dans le cadre de son action sociale (voir 2.6.1.3). Dès lors qu'il s'agit d'un service d'intérêt général financé par une collectivité publique au profit de personnes vulnérables, un tarif plafond opposable défini par une délibération du Conseil général et mis en œuvre dans le cadre d'une convention fixant des conditions d'intervention paraîtrait possible.

[113] Ces tarifs de référence s'appliquent aujourd'hui particulièrement à l'heure d'aide à domicile. Ils sont alors généralement différenciés entre jours ouvrés, jours de fin de semaine, jours fériés et gardes de nuit, et distinguent prestation de service, prestation de mandataire et emploi de gré à gré. Le tarif de référence de l'heure d'aide à domicile de prestataire est parfois aligné sur le tarif national de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) (le tarif CNAV s'élevait à 18,20 € en 2009). Les tarifs de référence concernent aussi le portage de repas, la téléalarme...

2.3.1.2. Des situations hétérogènes.

[114] La première différence, qui oppose les départements entre eux, réside dans la proportion respective des services autorisés et des services agréés ; cette proportion résulte à la fois de la politique suivie par le Conseil général et du jeu du marché. Certains Conseils généraux s'étaient engagés activement, notamment sous le régime de la loi de 2002, dans une stratégie d'autorisation et de tarification directe des services d'aide à domicile. La loi de 2005 a, en revanche, eu pour objectif de favoriser le développement des services à la personne dans un contexte de marché concurrentiel et, depuis son entrée en vigueur, la création de services agréés a été souvent rapide et soutenue.

- [115] Dans la plupart des départements visités par la mission, les services autorisés sont les plus nombreux ou détiennent la plus grosse part du marché : Corse du sud, Pas-de-Calais, Côte d'Or, Hérault, Seine-Maritime. Le département des Yvelines, dans lequel les services agréés ont conquis l'essentiel du marché et où ne subsistent que de rares services autorisés, fait figure d'exception dans cet ensemble qui ne saurait lui-même être tenu pour représentatif au plan national. Le dynamisme du marché est par ailleurs susceptible de faire évoluer les situations dans nombre de territoires.
- [116] Un second facteur d'hétérogénéité tient au niveau et à l'éventail des tarifs.
- [117] Dans les départements visités, le niveau moyen des tarifs des services autorisés est plus ou moins élevé par rapport au niveau du tarif de la CNAV, lui-même parfois repris comme tarif de référence par le Département. Le niveau moyen (non pondéré) peut être inférieur au tarif CNAV (Corse du Sud), légèrement supérieur (Seine-Maritime) ou plus élevé de près de 2 euros (Pas-de-Calais).
- [118] L'éventail des tarifs des services autorisés est lui-même plus ou moins ouvert : 1,43 € en Corse du Sud, 2,05 € en Seine-Maritime et jusqu'à 7 € dans le Pas-de-Calais entre le tarif le plus bas et le tarif le plus élevé (chiffres 2009).
- [119] Pour ce qui concerne les tarifs de référence, comme cela a été relevé supra, le tarif de référence prestataire de base est parfois aligné sur le tarif CNAV. Exceptionnellement, il peut être très bas lorsqu'il n'a pas été revalorisé comme dans l'Hérault où il est resté bloqué depuis 2002 à 15,10 €. Quant aux tarifs de référence en service mandataire et en emploi direct, leur base est historique et généralement difficile à reconstituer ; ils peuvent – cas du Pas-de-Calais – avoir été repris de la prestation spécifique dépendance (PSD) et indexés annuellement sur le SMIC.
- [120] Des différences peuvent aussi être observées entre les tarifs de référence des organismes publics (CCAS) et ceux des organismes privés : ainsi en va-t-il en Seine-Maritime, où le tarif prestataire de référence des organismes publics, CCAS en général, est inférieur de 1,56 € à celui des organismes privés, lui-même aligné sur le tarif de la CNAV. Un décalage de même sens existe d'ailleurs dans ce département entre les tarifs des services autorisés d'un CCAS et ceux des associations. Le Département fait valoir que les services des CCAS n'assurent généralement pas de prestations en soirée ni pendant les fins de semaine et jours fériés et ne supportent pas le coût salarial de la convention collective nationale de la branche.

2.3.1.3. Une clarification souhaitable des bases légales des tarifs de référence

- [121] Une précédente mission de l'IGAS s'était penchée sur la dualité de tarification des services d'aide à domicile et avait estimé qu'il était souhaitable de privilégier le régime de l'agrément et des tarifs de référence. Pour des raisons analogues, ce régime apparaît à la présente mission présenter des avantages par sa souplesse et le fait qu'il laisse jouer la concurrence entre services d'aide à domicile; en outre, il évite de faire peser sur le Conseil général la responsabilité finale de l'équilibre financier de ces services.
- [122] Toutefois, la mission estime que la tarification doit concilier le jeu de la concurrence, l'intérêt de l'utilisateur et la capacité de financement des Conseils généraux. Le tarif de référence libre risque de faire peser sur la personne âgée dépendante un double ticket modérateur : la participation au titre de l'APA en fonction de ses ressources, un supplément de reste à charge en fonction du tarif d'un prestataire de services profitant d'un financement public pour ne pas limiter le coût de sa prestation. Aussi est-elle favorable au principe d'un **tarif plafond opposable** aux services prestataires ou mandataires.

- [123] L'opposabilité, en vigueur dans les relations entre caisses de retraite et services d'aide à domicile, permet d'éviter que les plans d'aide, valorisés sur la base des tarifs de référence, ne laissent une part de leur coût réel à la charge des bénéficiaires de l'APA, lorsque les tarifs pratiqués par les services excèdent les tarifs de référence. La formule d'un tarif plafond opposable, susceptible d'être pris en charge par le Conseil général, permettrait de faire jouer la concurrence au-dessous du tarif de référence et de valoriser les plans sur la base des tarifs réellement pratiqués. Elle permettrait aussi d'éviter que le tarif opposable ne soit dans certains cas – rencontrés avec les caisses de retraite – supérieur aux tarifs appliqués par les services d'aide à domicile.
- [124] Le succès d'une formule de tarif plafond opposable suppose évidemment que le tarif soit calé à un niveau susceptible de laisser jouer la concurrence au-dessous, de façon à prévenir un alignement systématique des tarifs du marché sur le tarif plafond ; il suppose aussi que le marché soit suffisamment ouvert et dynamique pour entretenir une concurrence active.
- [125] Le choix du mode de tarification serait de toute façon laissé aux Conseils généraux, la tarification des services autorisés permettant de maîtriser les tarifs de ces services et de donner une référence pour la fixation du tarif plafond opposable aux services agréés.
- [126] Il conviendrait de vérifier s'il y a lieu ou non d'inscrire dans la loi le principe de tarifs plafonds opposables, compte tenu des ambiguïtés sur ce sujet : le Conseil d'Etat pourrait être consulté sur ce point.
- [127] Cette analyse des textes serait aussi l'occasion de réexaminer l'intérêt qui s'attache à l'existence de tarifs différenciés selon la qualification du personnel d'intervention. De tels tarifs, jugés ingérables, n'ont été rencontrés qu'en Haute-Corse, où ils n'avaient pu être mis en œuvre, les intervenants à domicile variant selon les besoins de la personne, l'heure de l'intervention et la disponibilité des personnels.
- 2.3.1.4. Un objectif de transparence des charges et des économies possibles permettant de dégager des coûts de référence objectifs.
- [128] L'hétérogénéité tarifaire constatée dans les départements visités par la mission reste importante, tant pour les services autorisés que pour les services agréés. Dans un secteur où les coûts salariaux sont prépondérants, l'existence d'une convention collective nationale propre à la branche des services associatifs d'aide à domicile n'a pas conduit à la résorption des écarts entre ces services ; ces écarts peuvent s'expliquer notamment par la proportion variable du personnel qualifié (catégories B et C, dont DEAVS), mais ils s'expliquent aussi par la qualité inégale de leur gestion, comme l'a mis en évidence l'analyse de la mission sur le Département du Pas-de-Calais.
- [129] Pour expliquer les tarifs souvent inférieurs des services commerciaux par comparaison avec ceux des services associatifs, il convient de tenir compte de l'absence pour l'instant d'une convention collective applicable aux services à statut commercial et du fait que ces services, plus récents, emploient souvent du personnel plus jeune et plus mobile que les services associatifs.
- [130] En ce qui concerne les services des CCAS, leurs tarifs inférieurs peuvent s'expliquer par des plages d'intervention plus restreintes, comme le montre l'exemple de la Seine-Maritime.
- [131] Interviennent aussi des charges sociales et fiscales variables entre services associatifs, services commerciaux et services territoriaux (CCAS).
- [132] Pour l'emploi direct, existe la convention collective du particulier employeur.
- [133] Ces disparités tarifaires justifient de se donner pour objectif de rechercher la transparence des charges afin de dégager des **coûts de référence** objectifs.

[134] Le tarif de la CNAV avait lui-même, à l'origine de sa fixation, été basé sur une étude analytique des coûts supportés par les services d'aide à domicile. Par la suite, il a, au fil des années, été indexé sur le taux d'évolution des accords salariaux conclus dans le cadre de la convention collective nationale de 1983. En mode mandataire et en gré à gré, les tarifs de référence du Département du Pas-de-Calais sont, eux, clairement indexés sur le SMIC.

[135] Il serait également utile d'évaluer des **économies de référence**, telles que celles qui sont susceptibles de découler du recours à la télégestion. Selon les services du Conseil général du Pas-de-Calais, la réduction des charges administratives en résultant a été estimée entre 50 et 75%. Un meilleur contrôle des interventions des agents au domicile des personnes âgées peut générer également une réduction des charges salariales et de transport.

Recommandation n°15 : Clarifier les bases juridiques des tarifs de référence et, le cas échéant, consolider dans la loi la possibilité de tarifs plafonds opposables aux services d'aide à domicile.

Recommandation n°16 : Réexaminer l'opportunité des dispositions réglementaires prévoyant des tarifs fondés sur la qualification des personnels.

Recommandation n°17 : Inviter l'Assemblée des départements de France à mettre en place un groupe de travail chargé d'évaluer des coûts et des économies de référence ainsi que des formules d'indexation sur lesquels pourrait s'appuyer la tarification des prestations d'aide à domicile.

2.3.2. Le versement de l'APA en établissement

2.3.2.1. Règlement global par dotation globale ou versement global.

[136] Le règlement global aux EHPAD de l'APA par mensualité régulière comporte un avantage évident de simplification pour le payeur, les EHPAD et les bénéficiaires de l'APA, sauf dans le cas particulier, rencontré dans les Yvelines, où il existe une forte proportion de ressortissants d'autres départements dans les établissements du département (paiement individuel et dotation globale risquent alors de coexister dans nombre d'établissements).

[137] La mission distingue deux notions : la dotation globale proprement dite, qui supprime la participation financière liée au niveau des ressources des résidents, et le versement global, qui maintient cette participation financière. En système de dotation globale, seul le ticket modérateur, égal au « talon » de l'APA, c'est-à-dire au montant de l'APA pour le groupe tarifaire des GIR 5-6, est déduit du versement global fait à l'établissement, qui correspond aux charges de la section comptable « dépendance » ; en système de versement global, la participation financière liée au niveau des ressources des résidents est également déduite, ce qui atténue d'autant la charge du financement du Conseil général, mais est plus complexe en gestion pour un enjeu financier souvent minime : en versement global, le versement se fait également par douzième, mais une régularisation intervient en début d'année n+1 pour imputer les participations des résidents supérieures au ticket modérateur de l'APA ; cette imputation en atténuation de dépenses pour le Conseil général donne lieu elle-même à récupération sur les bénéficiaires concernés.

[138] A défaut de dotation ou de versement global, le montant de l'APA est versé au bénéficiaire ou directement au cas par cas à l'établissement en tiers payant. Dans les Yvelines, le choix est laissé au bénéficiaire et les trois quarts des dépenses correspondent à des versements aux bénéficiaires.

[139] La mission a relevé aussi l'intérêt potentiel du versement global pour les services d'aide à domicile autorisés. C'est ainsi qu'en Corse du Sud, il apporterait un confort certain aux petites associations, qui souffrent des retards de paiement et ont à leur charge un travail de recouvrement. Il simplifie également les obligations des personnes âgées dépendantes et la gestion du Conseil général.

2.3.2.2. Des situations variables d'un département à l'autre.

[140] Trois types de situation ont été rencontrés :

- dotation versement global généralisé ou quasi général : Côte d'Or, Hérault,
- application partielle : Seine-Maritime, Pas-de-Calais,
- aucune application : Yvelines, Corse du Sud.

[141] Cependant plusieurs des départements visités ont en perspective la généralisation à terme du règlement global, certains paraissant attendre que cette généralisation soit prescrite par les textes.

[142] Quant aux directeurs d'EHPAD, c'est la formule de la dotation globale qu'ils privilégient généralement.

2.3.2.3. Les évaluations parallèles de la charge en soins (« pathos ») et de la dépendance (GIR).

[143] L'évaluation « pathos » de la charge médicale¹ est effectuée tous les 2 ans par les médecins de l'assurance maladie. Selon certains Départements, ces médecins constateraient souvent une surcotation du girage et il leur apparaît donc souhaitable d'évaluer conjointement GIR et « pathos ». Ce rapprochement serait susceptible de soulever des problèmes de programmation, mais il répond à une exigence de cohérence des évaluations et apparaît donc d'un intérêt peu discutable dans son principe.

[144] Les médecins de certains Conseils généraux observent aussi que les évaluations de certains établissements se situent régulièrement à la lisière du seuil de 5% qui déclenche un contrôle du GMP. Ce constat milite en faveur d'un contrôle au moins à chaque renouvellement de convention tripartite.

Recommandation n°18 : Instituer le règlement global, en distinguant les deux options de la dotation globale et du versement global.

Recommandation n°19 : Prévoir un contrôle du GMP au moins à chaque renouvellement de convention tripartite.

Recommandation n°20 : Etudier les possibilités de jumeler les évaluations de la charge médicale (pathos) et des besoins liés à la dépendance (GIR).

2.4. Les limites à mettre au versement de l'APA en cas d'intervention comme salarié d'un membre de famille

[145] Dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, le plan d'aide propose le plus fréquemment une aide à domicile, sous la forme d'un service prestataire, mandataire ou du recours à un emploi direct (procédure du gré à gré), après discussion avec la personne âgée et sa famille.

¹ Cette évaluation permet de déterminer le PMP (« pathos » moyen pondéré), pendant du GMP.

- [146] En cas de recours à l'emploi direct, les intervenants à domicile peuvent être recrutés à l'extérieur ou bien au sein de l'entourage familial, à l'exception du conjoint, du concubin ou de la personne ayant conclu un pacte civil de solidarité.
- [147] Cette pratique est très variable selon les départements ; parmi les six départements où s'est rendue la mission, elle était particulièrement développée en Corse du Sud², puisqu'elle représentait de l'ordre de 50% des emplois directs selon l'estimation des services du Conseil général.
- [148] Une personne de la famille peut cesser toute activité professionnelle pour se consacrer à cette tâche, mais elle risque de rencontrer des difficultés de réinsertion professionnelle après une interruption parfois longue ; cette situation peut conduire au chômage lors du décès de la personne âgée. L'intervenant familial peut aussi continuer une part de son activité en parallèle, mais alors la charge du cumul de ses activités peut se ressentir dans son activité salariale auprès de la personne âgée dépendante. Dans certains cas, le choix d'une aide familiale rémunérée, qui n'a pas les aptitudes nécessaires, ne garantit pas la qualité de l'aide effectuée (petit fils en chômage sans formation à ces tâches).
- [149] La prise en charge d'une personne dépendante est une mission lourde et permanente. Elle peut aussi créer de l'usure dans les relations familiales. Le manque de compétence ou l'épuisement peuvent conduire à la maltraitance.
- [150] Sans recommander la suppression d'un tel dispositif, la mission préconise qu'une vigilance suffisante soit exercée sur un tel dispositif : les équipes du Conseil général devraient pouvoir apprécier tant l'intérêt de la personne âgée que les aptitudes de l'intervenant familial salarié ; le plan d'aide devrait spécifier la possibilité ou non du recours à un intervenant familial, désigner celui ou ceux-ci et si l'intervention lui incombe totalement ou partiellement et conjointement avec l'intervention d'une structure prestataire, compte tenu de l'intérêt du bénéficiaire de l'APA et des aptitudes du salarié familial.
- [151] Le Président du Conseil général déciderait, en fonction de l'évaluation de l'équipe médico-sociale et de la commission de proposition, la pertinence du recours à un intervenant familial rémunéré sur la base de différents paramètres liés aux personnes, mais aussi au contexte culturel, à des contraintes géographiques, à l'histoire familiale...

Recommandation n°21 : **Subordonner à l'accord du Président du Conseil général, lors de la décision ou de la révision d'APA, la possibilité de recourir à l'emploi direct salarié, partiel ou total, d'un membre de sa famille jusqu'au 3ème degré, compte tenu de l'état de dépendance et des aptitudes du salarié.**

2.5. Le déploiement des nouvelles technologies pour simplifier les obligations des personnes âgées et assurer l'efficacité des procédures et des contrôles

2.5.1. Développer des relations dématérialisées avec les services fiscaux

2.5.1.1. Pour le contrôle des ressources

- [152] L'imprécision des textes quant au contrôle des ressources des bénéficiaires a conduit la plupart des Conseils généraux à renoncer à une révision annuelle des ressources et à ne l'opérer qu'en cas de révision à la demande des bénéficiaires ou aux échéances de renouvellement définies par le Conseil général qui s'espacent dans les départements examinés par la mission de un à cinq ans, lorsque ce n'est pas indéfini.

² La dépense d'APA pour des emplois directs se monte à 47,56% du budget de l'APA à domicile

[153] Cette disparité d'approche est difficilement acceptable au regard de l'égalité à assurer entre bénéficiaires et d'une bonne gestion des deniers publics.

[154] La mission est consciente de la charge administrative de telles révisions, mais il lui semble que pourrait être mis en place un système de traitement informatisé entre les Conseils généraux et l'administration fiscale pour faciliter cette opération.

Recommandation n°22 : Préciser dans un texte réglementaire la nécessité d'une révision annuelle des ressources.

Recommandation n°23 : Mettre en place un groupe de travail pour organiser des échanges dématérialisés entre les Conseils généraux et l'administration fiscale afin d'assurer simplement la révision annuelle des ressources pour le calcul de la participation du bénéficiaire de l'APA.

2.5.1.2. Pour la déclaration fiscale d'impôt sur le revenu préremplie

[155] Des avantages fiscaux ont été mis en place pour l'emploi de services d'aide à domicile. Du montant des dépenses consacrées à ces services d'aides à domicile doit être déduit le montant des aides de la collectivité publique et tout particulièrement l'APA y correspondant.

[156] En l'absence de récapitulatif annuel établi par les Conseils généraux, il est difficile, tant à la personne âgée, bénéficiaire de l'APA, qu'à l'administration fiscale, de respecter la législation fiscale.

[157] Il serait souhaitable de mettre au point un processus de déclaration de nature à permettre une correcte application de la législation et de simplifier les formalités des personnes âgées dépendantes.

Recommandation n°24 : Mettre en place un groupe de travail pour permettre de prendre en compte dans la déclaration de revenu de l'impôt sur le revenu préremplie les éléments relatifs à l'APA pour permettre le jeu des avantages fiscaux liés à l'emploi d'aides à domicile, tout en prenant en compte l'APA versée par la collectivité publique.

2.5.2. Renforcer l'efficacité des procédures et des contrôles (effectivité et qualité)

[158] Un département comme les Yvelines pratique un contrôle systématique en exigeant la production régulière et continue par le bénéficiaire des justificatifs de dépenses correspondant à la mise en œuvre de son plan d'aide ; en contrepartie, le département doit y consacrer des ressources humaines importantes. La plupart des autres départements visités par la mission ont renoncé à effectuer un contrôle systématique tout au long de l'exécution du plan d'aide et se bornent à exiger des justificatifs lors de la mise en place du plan ou ponctuellement. La réalisation d'un contrôle suivi tout au long de la durée du plan d'aide, jusqu'à sa révision ou son renouvellement, appelle donc manifestement le recours à des traitements automatisés, aujourd'hui envisageables.

2.5.2.1. Les échanges de fichiers dématérialisés

[159] La première méthode consiste, en modes gré à gré et mandataire, à utiliser les échanges de fichiers dématérialisés relatifs à la gestion de l'APA comme substitut à la production de justificatifs par les bénéficiaires.

- [160] Un échange d'information existe, en effet, déjà entre Conseils généraux, URSSAF et le CNCESU pour l'attribution de l'exonération de charges patronales dues au titre de l'octroi de l'APA ou de la PCH. Il s'agit, dans le cadre du développement de l'administration électronique (démarche « ADELE »), de moderniser les modalités de cet échange d'information par la mise à jour des fichiers la plus rapide et la plus automatisée possible et d'assurer ainsi un contrôle de l'utilisation de la prestation à travers la déclaration et le paiement d'un salarié.
- [161] Un groupe de travail piloté par l'ACOSS prépare une expérimentation à laquelle participeront 5 départements, dont 3 des Départements visités par la mission : Yvelines, Seine-Maritime et Pas-de-Calais. Une convention doit être passée prochainement par le CNCESU et l'URSSAF avec chaque Conseil général concerné, aux termes de laquelle le Conseil général s'engage à fournir à l'URSSAF et au CNCESU, selon une périodicité convenue, une transmission de fichier réalisée par le biais d'internet et sécurisée, l'URSSAF et le CNCESU s'engageant pour leur part à transmettre en retour un fichier dématérialisé reprenant les employeurs d'employés de maison bénéficiaires de l'APA (ou de la PCH).
- [162] Le Département des Yvelines, à titre d'exemple, s'est résolument engagé dans la mise en place de cette solution assez simple de croisement de fichiers informatiques, qui lui évitera de demander à l'avenir des justificatifs « papier » aux bénéficiaires de l'APA et permettra un contrôle automatisé par rapprochement des déclarations effectuées par ces bénéficiaires avec le fichier des mandatements du Conseil général.

2.5.2.2. Le paiement direct des services prestataires

- [163] Le paiement des services prestataires par les bénéficiaires eux-mêmes a pu être regardé comme une exigence de respect de la personne âgée, qui est adulte et, pour une part des bénéficiaires, capable d'assurer elle-même les paiements.
- [164] Cependant, la mission encourage vivement le paiement direct des services prestataires, autrement dit le tiers payant par le Conseil général, car c'est un moyen de contrôle d'effectivité simple, qui dispense les bénéficiaires du paiement de la facture et de la production de justificatifs. En outre, cette modalité évite aux personnes âgées de faire l'avance des frais et de risquer des indus avec des sommes à rembourser, par exemple en cas de départ en vacances chez leurs enfants.
- [165] La situation dans les départements visités par la mission est variable.
- [166] Dans certains, le tiers payant n'est encore que minoritairement (Côte d'Or), voire exceptionnellement (Yvelines) appliqué en mode prestataire. Dans d'autres, il est majoritaire ou généralisé (Corse du Sud, Hérault, Pas-de-Calais, Seine-Maritime). Là où il est encore peu pratiqué son extension est généralement envisagée, notamment dans le cadre du développement de la télégestion (Yvelines).

2.5.2.3. La généralisation du CESU préfinancé

- [167] L'usage du CESU préfinancé présente plusieurs avantages : il dispense les bénéficiaires de la production de justificatifs, évite aux Conseils généraux de faire l'avance de la dépense et exclut la récupération d'indus puisqu'il ajuste exactement les paiements du Conseil général au montant des chèques CESU utilisés par les bénéficiaires de l'APA. Lorsque le paiement direct des prestataires est mis en place, son intérêt est circonscrit au mode mandataire et au gré à gré.

[168] La plupart des Conseils généraux rencontrés envisagent favorablement cette solution, dont le développement est privilégié par l'ACOSS. Le recours au CESU préfinancé soulève toutefois le problème de l'inclusion des cotisations sociales dans le montant des chèques. La solution de tiers paiement par le Conseil général, retenue par l'ACOSS, ne satisfait pas certains Départements, qui, tels les Yvelines, font valoir que les services du Conseil général seront obligés de procéder à un contrôle systématique, bénéficiaire par bénéficiaire, des états de cotisations à payer qui leur seront transmis par le centre national CESU dans le cadre du tiers payant. Le Département des Yvelines souhaite, en conséquence, qu'une solution d'inclusion des cotisations dans le montant des chèques soit trouvée. Il appartiendra à l'ACOSS d'apporter une réponse à l'objection exprimée par ce Département.

2.5.2.4. Le développement des systèmes de télégestion

[169] Plusieurs bénéfices peuvent être attendus de l'utilisation de la télégestion par les services prestataires:

- la réalisation d'un véritable contrôle d'effectivité : contrôle des heures d'intervention des intervenants à domicile (« pointage ») ;
- l'amélioration de la gestion administrative et opérationnelle des services d'aide à domicile et la génération d'économies de gestion³ : élaboration et suivi des plannings en temps réel, remplacements de salariés indisponibles (gestion des « alertes »), édition des fiches de paie, facturation.... ;
- la possibilité d'un contrôle réel de la qualité⁴ : suivi de la régularité des interventions, transmission des cahiers de liaison⁵,....

[170] Plusieurs scénarii de mise en œuvre peuvent être envisagés, de l'acquisition par le Conseil général d'une solution de télégestion déployée auprès des SAD jusqu'à une aide au financement des solutions de télégestion acquises par les SAD eux-mêmes.

[171] Là aussi la plupart des Départements rencontrés par la mission semblent intéressés par des solutions de télégestion. Dans le cadre de la modernisation du secteur de l'aide à domicile, elles méritent d'être encouragées financièrement par la CNSA.

Recommandation n°25 : Poursuivre et développer avec le CNCESU et les URSSAF l'expérience d'échange de fichiers dématérialisés.

Recommandation n°26 : Généraliser le paiement direct par les Conseils généraux (tiers payant) des services prestataires.

Recommandation n°27 : Permettre par une adaptation législative au Conseil général d'imposer au bénéficiaire de l'APA et à son salarié en cas d'emploi direct l'utilisation du CESU.

Recommandation n°28 : Développer le CESU préfinancé dans des conditions qui permettent aux Conseils généraux d'automatiser complètement les contrôles d'effectivité.

Recommandation n°29 : Favoriser par des aides financières de la CNSA, dans le cadre du fonds de modernisation de l'aide à domicile⁶, le recours à la télégestion pour les services prestataires.

³ La réduction des charges administratives résultant du recours à la télégestion a été estimée entre 50 et 75%.

⁴ Le contrôle institutionnel de la qualité – notamment à travers l'agrément qualité - est jugé trop exclusivement procédural par le rapport de l'IGAS sur la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées – juillet 2009.

⁵ Un service d'aide à domicile des Yvelines a mis au point un stylo de lecture équipé d'une caméra qui permet l'enregistrement en temps réel des feuilles de présence et des cahiers de liaison grâce à un logiciel de reconnaissance de l'écriture. Ce dispositif assure un contrôle automatique des heures d'intervention à domicile et donne une possibilité de lecture à distance des cahiers de liaison. Il est envisagé de donner accès au médecin traitant et aux proches.

[172] Au-delà de ce développement des échanges télématiques avec les partenaires externes, des progrès importants sont possibles dans la dématérialisation des processus propres aux Conseils généraux. Une dématérialisation globale n'est pour l'instant, ni organisée, ni envisagée dans aucun des six Conseils généraux où s'est rendue la mission.

[173] Une dématérialisation partielle a été engagée dans certains départements : dématérialisation du dossier dans l'Hérault, « outil nomade » permettant d'établir le niveau de dépendance au cours de la visite à domicile (Corse du Sud, Pas-de-Calais). Mais ni l'évaluation médicale, ni l'évaluation sociale ne sont intégrés dans les logiciels, ce qui complique le travail d'évaluation et ne permet pas un bon suivi ultérieur de la personne âgée. Des réflexions sont toutefois en cours dans quelques Conseils généraux en ce sens (Corse du Sud, Hérault, Seine-Maritime).

Recommandation n°30 : Renforcer la dématérialisation du processus de gestion de l'APA.

2.6. Une articulation des relations entre les caisses de retraite et les Conseils généraux et entre les différents régimes de retraite à remettre au point en matière d'aides aux personnes âgées

[174] Désormais les personnes âgées dépendantes relevant des GIR 1 à 4 sont prises en charge par les Conseils généraux, les caisses de retraite limitant, sauf exception, leur action sociale aux personnes âgées les moins dépendantes. Cette action sociale varie selon les régimes de retraite.

[175] Une amélioration de l'articulation entre les différents régimes de retraite et entre les caisses et les Conseils généraux est nécessaire et possible dans le cadre actuel de la répartition des compétences. Un scénario plus ambitieux est également envisagé par la mission.

2.6.1. Une nécessaire amélioration de l'articulation entre les caisses de retraite et les Conseils généraux dans le cadre actuel du partage des compétences

2.6.1.1. Des modalités d'évaluation des besoins des personnes âgées différentes

[176] D'une manière générale les caisses de retraite n'ont pas passé d'accord avec les Conseils généraux pour mettre en place un dispositif commun d'évaluation des besoins et disposent de procédures spécifiques gérées parallèlement à celles des Conseils Généraux. Parfois elles exigent le rejet d'une demande d'APA, après une évaluation du Conseil général, pour procéder à leur propre évaluation des besoins de la personne.

[177] Dans une même région, le régime général dispose en général de plusieurs modes d'évaluation : Depuis 2004, et les premières expérimentations d'évaluation des besoins préalablement à l'octroi d'une aide par les CRAM, un financement spécifique est consacré à l'évaluation (100 euros lorsqu'un plan d'aide est proposé, 60 euros quand l'évaluation n'est pas accompagnée d'un plan d'aide) ; cette tarification soulève une question de pertinence au regard du caractère exceptionnel des rejets pour insuffisance de besoins ; la mission n'a relevé de tels rejets qu'en Région parisienne. Les CRAM ont recours soit à des plates formes associatives (Seine Maritime) au sein du Conseil d'Administration desquelles on peut ou non trouver les principales associations intervenant dans le département, soit elles passent une convention avec des CLIC ou des CCAS (Corse, Côte d'Or), soit elles passent une convention avec les Conseils généraux mais cette formule est trop rarement utilisée et se retrouve principalement dans le Nord et l'Ouest.

[178] Le régime agricole mobilise ses propres travailleurs sociaux pour ses évaluations.

⁶ Devenu la section IV du budget de la CNSA

[179] Les différents régimes utilisent des référentiels d'évaluation spécifique qui peuvent différer d'une caisse à l'autre.

[180] Il convient de mentionner l'expérimentation intéressante du Groupement d'intérêt économique qui réunit CRAM, MSA et RSI en Bourgogne Franche Comté, recrute lui-même ses évaluateurs et utilise des outils communs. Il ne concerne toutefois qu'une partie des régions concernées.

2.6.1.2. Une inégalité des interventions selon les régimes

[181] La mission⁷ a constaté des taux d'intervention du régime général très différents dans les départements visités. Ainsi, si le taux de bénéficiaires d'aide ménagère à domicile par rapport aux retraités du régime général est de 4,67 dans la Loire, taux le plus élevé, il est de 0,30 en Corse du Sud (taux le plus bas) voir 2.1.1.1.

[182] Selon les régimes, le niveau de ressources des retraités peut exclure du bénéfice d'une aide ménagère (régime agricole) ou permettre une intervention de 10% du montant (régime général).

[183] Une participation minimale peut être laissée à la charge du bénéficiaire (régime général) ou bien l'aide ménagère peut être financée en totalité (régime agricole).

[184] Quant à l'aide ménagère accordée au titre de l'aide sociale elle est, à la différence de celle des caisses, soumise au recours sur succession dès le premier euro, alors qu'elle concerne les personnes âgées aux revenus les plus faibles.

[185] Les montants maximum des aides qui peuvent être accordées aux retraités sont, eux aussi, différents selon les régimes. L'aide des CRAM est plafonnée à 3000 euros par an dans le cadre des PAP, soit environ 9 heures d'aide à domicile et 5 heures d'aides diversifiées, alors que la MSA peut accorder, comme en Seine Maritime, jusqu'à 25 heures par mois d'aide à domicile dans le cadre de la prestation « bien vivre à domicile ».

2.6.1.3. Une tarification des services d'aide à domicile différente de celle des Conseils généraux

[186] Les CRAM remboursent les associations sur la base du tarif fixé par la CNAV sur lequel ne s'alignent pas, pour le versement de l'APA, tous les départements contrôlés par la mission qui peuvent pratiquer un tarif inférieur, égal ou supérieur.

[187] Le tarif des caisses est un tarif, en principe, forfaitaire, établi par la Caisse nationale d'assurance vieillesse. Il a progressé de 30% depuis 2003 ; il tient compte, en effet, des taux de progression de la Convention collective unique de l'aide à domicile. Ce tarif est toutefois considéré par certaines CRAM comme un tarif maximum, notamment lorsque le prix de revient horaire réel d'une structure d'aide à domicile est inférieur au tarif, ce qui paraît à la mission une formule plus logique et mieux adaptée. Elle recommande donc de transformer le tarif forfaitaire en tarif plafond forfaitaire.

2.6.1.4. Une absence de coordination du contrôle des associations

[188] Pour la mise en œuvre de leurs aides, les caisses et les Conseils généraux font majoritairement appel à des prestataires de services, qu'ils soient associatifs, publics ou commerciaux. Dans de nombreux cas, ce sont les mêmes qui interviennent auprès des personnes âgées.

⁷ La mission s'est limitée à rencontrer les représentants des CRAM et de la MSA dans les départements contrôlés

[189] Un renforcement de la coordination entre Conseils généraux et caisses régionales pour la connaissance, l'accompagnement et le contrôle, y compris sur place, de ces prestataires permettrait d'accroître la qualité des services

2.6.1.5. Une coordination entre Conseils généraux et caisses de retraite insuffisante

[190] La mission a constaté dans les différents départements contrôlés que les dossiers de demande d'APA différaient et qu'ils étaient eux même différents dans chaque département de ceux utilisés par les caisses pour une demande d'aide à domicile.

[191] Par ailleurs les dossiers de demande d'aide ménagère diffèrent aussi d'une CRAM à une autre.

[192] La mission préconise la mise en place par la CNAV d'un groupe de travail associant l'ADF et des représentants des Conseils généraux pour élaborer un dossier type de demande d'aide à domicile et, au niveau local, en concertation entre la CRAM et les Conseils généraux, celle d'un dossier commun pour toute demande d'aide à domicile.

[193] Si les caisses de retraite, d'une manière générale, acceptent le rejet d'APA auquel est parvenu le Conseil général après évaluation, la réciproque n'est pas vraie. Or, chaque année, un certain nombre de personnes âgées bénéficiaires d'une aide ménagère de leur caisse de retraite vont « basculer » vers l'APA, du fait de l'accroissement de leur niveau de dépendance.

[194] Lors de l'évaluation d'une demande d'APA, le travailleur social du Conseil général n'est pourtant pas informé systématiquement de l'intervention préalable d'une aide ménagère financée par un régime de retraite. Il n'y a pas de transmission organisée du contenu des évaluations. La coordination des aides à domicile au domicile de la personne est laissée à l'initiative des services prestataires qui peuvent prévenir les services du Conseil général de leur intervention, comme cela se fait notamment en Côte d'Or, ou non.

[195] L'absence de systématisation d'échanges d'information sur les décisions d'octroi d'aide ménagère à domicile ou d'APA peut générer des doubles rejets ou bien laisser la place à des chevauchements de prises en charge. Le risque de double rejet par les caisses et les Conseils généraux, alors qu'il y a un réel besoin d'intervention, est envisageable, même s'il paraît exceptionnel ; le risque de chevauchement temporaire ou permanent, avec double paiement, n'est pas négligeable, les CRAM maintenant en général leur intervention pendant 3 mois après le dépôt d'une demande d'APA.

2.6.1.6. Une coordination susceptible d'améliorations

[196] Au moment de la mise en place de l'APA, l'ensemble des départements avaient signé la convention prévue à l'article L 232-13 du CFAS. Ces conventions, essentiellement centrées sur la mise en place d'un dispositif transitoire permettant d'éviter toute rupture de prise en charge, sont désormais dépassées.

[197] Dans la perspective de renforcer la coordination entre caisses et Conseils généraux pour une meilleure prise en charge des personnes âgées, et conformément à l'un des objectifs de la Convention d'objectifs et de gestion conclue entre la CNAV et l'Etat pour la période 2009-2013, la CNAV a élaboré un projet de charte partenariale avec l'Assemblée des départements de France. Il est vivement souhaitable que ce projet se concrétise afin que les 2 réseaux disposent d'un cadre de référence au sein duquel ils pourront s'inscrire pour renforcer leurs liens et favoriser la synergie des actions qu'ils mènent au niveau local.

- [198] Sur la base de cette charte, des conventions de 2ème génération entre caisses et Conseils généraux devraient être conclues systématiquement dans tous les départements pour formaliser la coordination entre départements et caisses : échanges d'informations sur les bénéficiaires afin de favoriser la continuité des aides, tout en évitant le risque de doubles interventions, développement de coopérations entre Conseils généraux et caisses pour l'évaluation des besoins, le contrôle et l'accompagnement des services prestataires, échange de bonnes pratiques...).
- [199] Dans certains départements la mission a pu déjà constater une volonté d'échanges dématérialisés (en Seine Maritime notamment) mais les logiciels, tels ANTARES, n'étaient pas encore au point.

Recommandation n°31 : Transformer le tarif forfaitaire de remboursement de l'aide à domicile fixé par la CNAV en tarif plafond forfaitaire.

Recommandation n°32 : Réfléchir à la pertinence de la tarification des évaluations.

Recommandation n°33 : Renforcer la coordination entre Conseils généraux et caisses de retraite pour la connaissance, l'accompagnement et le contrôle, y compris sur place, des services prestataires.

Recommandation n°34 : Négocier entre CNAV et ADF un dossier type de demande d'aide à domicile.

Recommandation n°35 : Elaborer au niveau des départements, en concertation avec la CRAM, un dossier commun de demande d'aide à domicile.

Recommandation n°36 : Mener à terme le projet de charte de partenariat entre la CNAV et l'ADF.

Recommandation n°37 : Sur la base de cette charte, conclure des conventions de coopération efficiente entre CRAM et Conseils généraux précisant notamment l'échange d'informations, le contrôle des prestataires de service et l'échange de bonnes pratiques.

Recommandation n°38 : Développer au niveau de la CNAV le rôle d'accompagnement et d'appui des CRAM pour un meilleur partenariat avec les acteurs locaux.

2.6.2. Une réforme des compétences

- [200] La mission envisage deux scénarii : le premier est plus ambitieux et implique une décision politique ; le second est plus modeste ; il reprend l'ensemble des améliorations formulées ci-dessus et préconise une harmonisation des prises en charge entre les régimes.

2.6.2.1. Scenario 1: Un transfert de la compétence pour les GIR 5 ET 6 aux départements

- [201] Il s'agirait de confier aux départements l'intégralité de la compétence pour la prise en charge personnalisée de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées au titre des aides à domicile⁸.

⁸ Proposition déjà formulée dans les rapports d'Hélène Gisserot, sur les perspectives financières de la dépendance à horizon 2005, Martine Carrillon-Couvreur pour la MECSS et Alain Vasselle au nom de la Mission commune d'information dépendance

- [202] Les financements consacrés aujourd'hui par les régimes de retraite pour l'aide à domicile (AMD, PAP) des personnes classées en GIR 5 ET 6 leur seraient transférés. A titre d'exemple, la CNAV prévoit un budget de 331,9 M € en 2010⁹ pour l'évaluation des besoins et le financement de l'aide à domicile.
- [203] Les avantages principaux seraient d'assurer une continuité des prises en charge des personnes quelle que soit l'évolution de leur dépendance et d'assurer des économies de gestion pour les caisses qui, en redondance avec les Conseils généraux, procèdent à l'évaluation des besoins des personnes et à l'instruction des dossiers.
- [204] L'action des caisses de retraite pourrait alors se recentrer sur le développement d'actions innovantes telles le baluchonnage, le cyberspace en maison de retraite (Haute Normandie), le soutien des « voisins » en zones rurales, le bus d'animation itinérante avec Familles rurales et les actions collectives qui concourent à la prévention de la perte d'autonomie en facilitant et prolongeant la vie à domicile, (groupes de parole, soutien au moment du veuvage, prévention des chutes, plans de préservation de la perte d'autonomie, aide aux aidants, adaptation de l'habitat..), les Conseils généraux pouvant eux aussi, comme aujourd'hui, continuer à financer des actions collectives dans le cadre de l'action sociale extra légale. Elle pourrait aussi, conjointement avec les Conseils généraux, contribuer, par des bonifications de prêts, au financement des investissements en EHPAD, lorsque le besoin est avéré.
- 2.6.2.2. **Scenario 2:** Une coordination renforcée entre caisses de retraite et Conseils généraux et une compétence confiée au régime général pour les régimes qui n'accordent pas d'aide à domicile à leurs ressortissants fragiles.
- [205] La déclinaison, au moyen de conventions au niveau départemental entre les Conseils généraux et les caisses, du projet de charte de partenariat entre la CNAV et l'ADF, prévoyant des dossiers de demande d'aide commun, des échanges d'informations dématérialisés, une évaluation commune, des contrôles communs des prestataires de service serait de nature à permettre une meilleure prise en charge des personnes âgées.
- [206] Par ailleurs, des plaquettes d'information communes sur les aides respectives des caisses et des Conseils généraux pourraient être réalisées.
- [207] Les Conseils généraux pourraient également utilement s'inspirer de l'Allocation de retour à domicile après une hospitalisation des CRAM et adapter les plans d'aide APA pour ces situations particulières qui nécessitent un bon partenariat avec les services hospitaliers et une grande réactivité.
- [208] D'autre part, pour pallier les inégalités de traitement des retraités selon leur régime d'appartenance et permettre à tout retraité en situation de fragilité d'être soutenu par une aide à la personne, la mission propose, à l'instar de ce qui s'est passé pour la branche famille, de confier une compétence au régime général pour les régimes qui ne proposent pas d'aides, notamment le régime fonctionnaire qui n'intervient que marginalement pour ses ressortissants, la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) venant de cesser toute intervention au titre de l'aide ménagère pour ses retraités. Elle propose de lui transférer également l'aide ménagère versée à titre résiduel par les départements au titre de l'aide sociale.
- [209] Les crédits correspondants en provenance de l'Etat, de la Caisse des dépôts et consignations, des départements devraient naturellement accompagner ce transfert.

⁹ Cf. Programmation pluriannuelle budgétaire 2009-2013 CNAV

Recommandation n°39 : Procéder à des transferts ou aménagements de compétences.

1ère hypothèse : transférer aux Conseils généraux la compétence pour l'attribution de l'aide à domicile aux personnes classées en GIR 5 et 6 et recentrer l'action sociale des régimes vieillesse sur le développement d'actions innovantes et d'actions collectives de prévention de la perte d'autonomie facilitant et prolongeant la vie à domicile

2ème hypothèse : renforcer la coordination entre caisses et Conseils généraux et confier au régime général vieillesse une compétence d'action sociale pour l'attribution des aides à domicile en lieu et place des régimes qui n'attribuent pas ou peu d'aides à leurs ressortissants (régime fonctionnaire notamment) et pour l'aide ménagère versée au titre de l'aide sociale

2.7. Des procédures de signalements des cas de maltraitance adaptées à la nouvelle organisation territoriale de l'Etat à définir

[210] Le champ de la mission avait été élargi aux aspects organisationnels de la réponse aux signalements de maltraitance en établissements dans le contexte de la nouvelle structuration des services de l'Etat. Ce point a donc été évoqué avec l'Etat et le Conseil général dans chacun des départements contrôlés.

[211] Il apparaît que, dans chacun des départements, il y a une réelle prise de conscience de l'importance à accorder au traitement des signalements de maltraitance et de plaintes. D'une manière générale, les autorités de contrôle (DDASS et services des Conseils généraux) travaillent en concertation mais, même dans des départements où la coordination entre Etat et Conseil général est particulièrement étroite (Seine Maritime et Côte d'Or notamment), cette coordination est très peu formalisée. La création des agences régionales de santé (ARS) et des directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) doit être une opportunité pour préciser de manière contractuelle les rôles de chacun.

2.7.1. Un exercice du pouvoir de contrôle partagé entre les services de l'Etat, les ARS et les Conseils généraux.

[212] Les différents services rencontrés ont fait part à la mission du besoin de préciser clairement les responsabilités et les rôles des différents acteurs en matière de contrôle dans le cadre de la nouvelle organisation de l'Etat au niveau territorial et de la mise en place des ARS.

[213] En effet, le contrôle au titre de la sécurité des personnes continue à être exercé par le préfet, représentant de l'Etat dans le département¹⁰, qui doit à ce titre disposer des informations nécessaires tant de ses services que désormais des ARS ou des Conseils généraux, le contrôle des normes techniques et du fonctionnement des établissements continuant à relever de l'autorité compétente pour délivrer leur autorisation¹¹.

¹⁰ Articles L 331-1, L313-13 al 2 du CASF

¹¹.article L.331-5 du CASF

[214] La loi du 21 juillet 2009, a modifié l'article L313-13 du CASF¹² pour tenir compte de la création des ARS et des directions de la cohésion sociale. Elle précise ainsi que les contrôles des établissements et services médico-sociaux autorisés par le directeur général de l'ARS sont effectués par les personnels de l'ARS, le contrôle des établissements et services sociaux autorisés par le représentant de l'Etat étant effectués par les personnels placés sous son autorité ou sous celle de l'ARS. Les contrôles des établissements et services autorisés par le président du Conseil général sont effectués par les agents départementaux, ceux des établissements et services médico-sociaux autorisés conjointement par le président du Conseil général et le directeur général de l'ARS étant effectués par les agents départementaux et les personnels de l'ARS dans la limite de leurs compétences respectives.

2.7.2. Des modalités d'intervention des différents acteurs du contrôle à préciser

[215] Seul le préfet a le pouvoir de fermer un établissement si les conditions d'organisation et de fonctionnement sont de nature à menacer ou compromettre la santé, la sécurité ou le bien être physique et moral des personnes accueillies. S'il s'agit d'un établissement social, il dispose de ses propres services pour obtenir les informations nécessaires. Les directions départementales de la cohésion sociale¹³, sont, en effet, désormais chargées de mettre en œuvre dans le département les politiques relatives « à l'inspection et au contrôle des conditions d'accueil et de fonctionnement des établissements et services sociaux ».

[216] Il doit impérativement pouvoir disposer également des informations nécessaires à sa décision pour les autres établissements et services, qu'ils relèvent de la compétence du Conseil général ou de l'ARS, exclusive ou partagée avec l'Etat.

[217] La mission préconise l'élaboration au niveau de l'administration centrale d'une convention type entre l'Etat et les ARS qui pourrait être adaptée au niveau de chaque département et élargie au Conseil général définissant une procédure de traitement des signalements de maltraitance dans un établissement médico-social, en application de l'article L.313-13 du CFAS.

[218] Cette convention définirait de manière précise les modalités de la collaboration entre le représentant de l'Etat et ses différents services, y compris les DIRECCTE, susceptibles d'apporter des informations sur les contrats de séjour, l'ARS et ses délégations départementales, qu'il s'agisse d'effectuer des contrôles programmés ou des contrôles sur plaintes nécessitant une très grande rapidité d'intervention ; le Conseil général pourrait en être signataire. La DRJSCS¹⁴ pourrait également apporter un appui technique aux directions départementales. Un volet relatif à la prévention de la maltraitance pourrait aussi être intégré et des actions de promotion de la bientraitance sous forme notamment de sensibilisation et de formations des personnels, comme en Côte d'Or, être menées en partenariat

Recommandation n°40 : Elaborer au niveau de l'administration centrale une convention type de coopération entre le représentant de l'Etat en département et le directeur général de l'ARS pour le traitement des signalements de maltraitance et des plaintes en établissements, servant de base à la signature de conventions au niveau local précisant les conditions et les modalités d'intervention des différents acteurs pour prévenir et traiter la maltraitance en établissements.

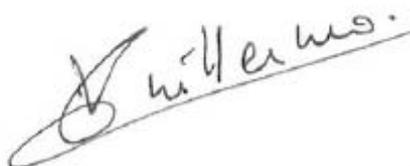
¹² Article 124 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009

¹³ Article 4 du décret n°2009-1484 du 3 décembre 2009 relatif aux directions départementales interministérielles

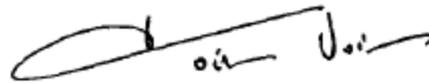
¹⁴ Décret n°2009-1540 du 10 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des DRJSCS, article 2, 4°

Conclusion

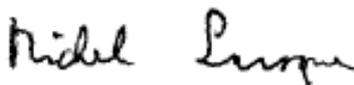
- [219] Le présent rapport confirme pour l'essentiel les préconisations du rapport de juillet 2009.
- [220] A partir du contrôle de la gestion de l'APA dans six nouveaux départements, la mission de l'IGAS approfondit sept axes sur lesquels elle formule des recommandations complémentaires.
- [221] Si certaines impliquent l'intervention du législateur ou du pouvoir réglementaire, la plupart sont des recommandations de bonnes pratiques qui visent principalement les Conseils généraux, mais aussi certains de leurs partenaires (administration fiscale, administration sociale et agence régionale de santé, caisses de retraite, URSSAF).
- [222] Une journée annuelle de l'action sociale sur la dépendance des personnes âgées associant les Conseils généraux et leurs principaux partenaires contribuerait à l'amélioration du fonctionnement de ce secteur. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, comme le rapport de juillet 2009 le préconisait, devrait être appelée à renforcer son rôle en la matière, à la fois pour améliorer la gestion financière ainsi que mieux contrôler les dépenses qu'elle supporte et pour contribuer à la qualité ainsi qu'à l'efficacité des actions menées, en veillant notamment à la prise en compte des préconisations formulées.



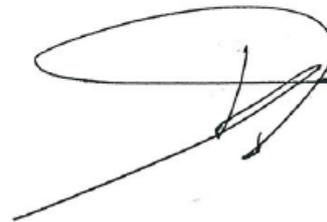
Véronique GUILLERMO



Joëlle VOISIN



Michel LAROQUE



Didier LACAZE

Principales recommandations de la mission

N°	Recommandations	Autorité responsable
Une maîtrise des dépenses et des évaluations à renforcer dans certains départements		
1	Organiser des formations professionnelles régulières des membres des équipes médico-sociales à l'évaluation dans le cadre de la grille AGGIR.	Conseil général
2	Mettre au point au sein de chaque Conseil général des instruments de pilotage pour suivre et comparer les évaluations entre secteurs géographiques et responsables des équipes médico-sociales.	Conseil général
3	Généraliser la prise en compte des évaluations médicales en y associant le cas échéant du personnel infirmier formé à cet exercice.	Conseil général
4	Organiser la supervision des évaluations médicales et sociales du niveau de dépendance et d'élaboration des plans d'aide.	Conseil général
5	Définir des orientations dans le recours respectif aux prestataires, mandataires ou à l'emploi direct.	Conseil général
6	Préciser les modalités des plans d'aide afin de les faire correspondre aux justes besoins.	Conseil général
7	Contrôler efficacement par le recours aux nouvelles technologies.	Conseil général
Une mise au point des procédures de traitement et de décision de l'APA pour une attribution plus rapide, plus simple et plus claire		
8	Réduire les délais procéduraires, en retranchant du texte réglementaire la phase de demande d'acceptation du plan d'aide, préalable à la décision finale.	Décret : DGCS
9	Ouvrir la possibilité d'une procédure d'acceptation tacite en modifiant le texte réglementaire.	Décret : DGCS
10	Systématiser une équipe technique pluridisciplinaire, composée d'un médecin du Conseil général ou à défaut d'un infirmier, d'un travailleur social et d'un responsable administratif pour examiner tous les dossiers le méritant et superviser les autres.	Conseil général
11	Transformer la commission de proposition en commission de surveillance et de conciliation par une disposition législative.	Loi : DGCS
12	Prévoir, à défaut d'une modification législative, par un texte réglementaire la possibilité pour la commission de proposition de donner délégation à des équipes pluridisciplinaires pour l'examen des décisions individuelles.	Décret : DGCS
13	Mieux articuler les notifications en montant et les plans d'aide principalement en heures.	Conseil général
14	Améliorer la rédaction des notifications et renforcer le contenu des plans d'aide sans les rigidifier.	Conseil général

Une limitation des disparités de participation financière et de qualification des intervenants en matière d'APA liées aux règles et pratiques de tarification		
15	Clarifier les bases juridiques des tarifs de référence et, le cas échéant, consolider dans la loi la possibilité de tarifs plafonds opposables aux services d'aide à domicile.	DGCS
16	Réexaminer l'opportunité des dispositions réglementaires prévoyant des tarifs fondés sur la qualification des personnels.	DGCS
17	Inviter l'Association des départements de France à mettre en place un groupe de travail chargé d'évaluer des coûts et des économies de référence ainsi que des formules d'indexation sur lesquels pourrait s'appuyer la tarification des prestations d'aide à domicile.	ADF
18	Instituer le règlement global, en distinguant les deux options de la dotation globale et du versement global.	DGCS
19	Prévoir un contrôle du GMP au moins à chaque renouvellement de convention tripartite.	DGCS
20	Etudier les possibilités de jumeler les évaluations de la charge médicale (pathos) et des besoins liés à la dépendance (GIR).	DSS DGCS
Les limites à mettre au versement de l'APA en cas d'intervention comme salarié d'un membre de famille		
21	Subordonner à l'accord du Président du Conseil général, lors de la décision ou de la révision de l'APA, la possibilité de recourir à l'emploi direct salarié, partiel ou total, d'un membre de sa famille jusqu'au 3 ^{ème} degré, compte tenu de l'état de dépendance et des aptitudes du salarié.	Loi : DGCS
Le déploiement des nouvelles technologies pour simplifier les obligations des personnes âgées et assurer l'efficience des procédures et des contrôles.		
22	Préciser dans un texte réglementaire la nécessité d'une révision annuelle des ressources.	Décret DGCS
23	Mettre en place un groupe de travail pour organiser des échanges dématérialisés entre les Conseils généraux et l'administration fiscale afin d'assurer simplement la révision annuelle des ressources pour le calcul de la participation du bénéficiaire de l'APA.	DGME DGFI DGCS
24	Mettre en place un groupe de travail pour permettre de prendre en compte dans la déclaration de revenu de l'impôt sur le revenu prérempli les éléments relatifs à l'APA pour permettre le jeu des avantages fiscaux liés à l'emploi d'aides à domicile, tout en prenant en compte l'APA versée par la collectivité publique.	DGME DGCS DGFI
25	Poursuivre et développer avec le CNCESU et les URSSAF l'expérience d'échange de fichiers dématérialisés.	DSS DGCS ACOSS
26	Généraliser le paiement direct par les Conseils généraux (tiers payant) des services prestataires.	Conseil général
27	Permettre par une adaptation législative au Conseil général d'imposer au bénéficiaire de l'APA et à son salarié en cas d'emploi direct l'utilisation du CESU.	Loi : DGCS
28	Développer le CESU préfinancé dans des conditions qui permettent aux Conseils généraux d'automatiser complètement les contrôles d'effectivité.	DSS DGCS DGT ACOSS
29	Favoriser par des aides financières de la CNSA, dans le cadre de la modernisation de l'aide à domicile, le recours à la télégestion pour les services prestataires.	CNSA
30	Renforcer la dématérialisation du processus de gestion de l'APA.	Conseil général

Une articulation des relations entre les caisses de retraite et les Conseils généraux et entre les différents régimes de retraite à remettre au point en matière d'aides aux personnes âgées		
31	Transformer le tarif forfaitaire de remboursement de l'aide à domicile fixé par la CNAV en tarif plafond forfaitaire.	CNAVTS
32	Réfléchir à la pertinence de la tarification des évaluations	CNAVTS
33	Renforcer la coordination entre Conseils Généraux et caisses de retraite pour la connaissance, l'accompagnement et le contrôle, y compris sur place, des services prestataires.	CNAVTS ADF Conseil général
34	Négocier entre CNAV et ADF un dossier type de demande d'aide à domicile.	CNAV ADF
35	Elaborer au niveau des départements, en concertation avec la CRAM, un dossier commun de demande d'aide à domicile.	Conseil général CRAM
36	Mener à terme le projet de charte de partenariat entre la CNAV et l'ADF.	CNAV ADF
37	Sur la base de cette charte, conclure des conventions de coopération efficiente entre CRAM et Conseils généraux précisant notamment l'échange d'informations, le contrôle des prestataires de service et l'échange de bonnes pratiques.	CRAM Conseil général
38	Développer au niveau de la CNAV le rôle d'accompagnement et d'appui des CRAM pour un meilleur partenariat avec les acteurs locaux.	CNAV CRAM
39	Procéder à des transferts ou aménagements de compétences. - 1ère hypothèse : transférer aux Conseils généraux la compétence pour l'attribution de l'aide à domicile aux personnes classées en GIR 5 et 6 et recentrer l'action sociale des régimes vieillesse sur le développement d'actions innovantes et d'actions collectives de prévention de la perte d'autonomie facilitant et prolongeant la vie à domicile - 2ème hypothèse : renforcer la coordination entre caisses et Conseils généraux et confier au régime général vieillesse une compétence d'action sociale pour l'attribution des aides à domicile en lieu et place des régimes qui n'attribuent pas ou peu d'aides à leurs ressortissants (régime fonctionnaire notamment) et pour l'aide ménagère versée au titre de l'aide sociale.	DGCS DSS
Des procédures de signalements des cas de maltraitance adaptées à la nouvelle organisation territoriale de l'Etat à définir		
40	Elaborer au niveau de l'administration centrale une convention type de coopération entre le représentant de l'Etat en département et le directeur général de l'ARS pour le traitement des signalements de maltraitance et des plaintes en établissements, servant de base à la signature de conventions au niveau local précisant les conditions et les modalités d'intervention des différents acteurs pour prévenir et traiter la maltraitance en établissements.	DGCS DHOS

Liste des personnes rencontrées

AU NIVEAU NATIONAL

Direction Générale de l'action sociale

Madame Annick BONY, chef du bureau des personnes âgées

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Monsieur Laurent GRATIEUX directeur général adjoint,
Monsieur Christophe BOUCHEZ, directeur financier adjoint,
Madame Bernadette MOREAU, directrice de la compensation

Caisse Nationale d'assurance vieillesse (CNAV)

Monsieur Pierre MAYEUR directeur
Monsieur Claude PERINEL, directeur de l'action sociale
Monsieur Laurent TARDIEU, direction de l'action sociale

Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS)

Monsieur Albert LAUTMAN, sous directeur de la DIRRES

INVESTIGATIONS DANS LES DEPARTEMENTS DEPARTEMENT DE CORSE DU SUD

Services de l'Etat

Monsieur Stéphane BOUILLON, Préfet de Région, Préfet de la Corse du Sud
Monsieur Philippe MICHEL, Directeur de la Solidarité et de la Santé
Monsieur Alain IVANIC, Directeur adjoint

Conseil Général

Monsieur Christian ISTRIA directeur de cabinet du Président du Conseil Général
Monsieur Pierre Jean LUCIANI, Président de la Commission de la Cohésion sociale et de la Santé
Monsieur Louis MILLO, Directeur General adjoint des services du Conseil Général Solidarités et Santé
Monsieur Antoine TORRACINTA, responsable du pôle Handicap et dépendance
Monsieur Jean Laurent FORNI, chef de la politique en faveur des personnes âgées
Docteur Paul MULTEDO, Médecin contrôleur et évaluateur de l'aide médico-sociale aux adultes
Madame Rosy FERRI –PISANI, coordinatrice du CLIC d'AJACCIO, responsable de l'unité «Coordination des CLIC»
Monsieur François BERNARDI, infirmier Contrôleur APA
Monsieur Patrick MARIANI, Contrôleur APA
Madame Sylvie NIVAGGIOLI, assistante sociale, Contrôleur APA
Monsieur Francis PAOLI, Contrôleur APA
Madame Marie France PERETTI, assistante sociale, Contrôleur APA
Madame Marie Paule SUSINI, Contrôleur APA

Madame Lucie ALBERICCI responsable de l'instruction et du paiement de l'APA et ses collaboratrices

Monsieur Charles COLONNA D'ISTRIA, responsable de l'unité fonctionnelle « accueil familial et suivi des prestations

Monsieur Jean François ARMANI, Directeur des Finances

Paierie départementale

Monsieur Christophe MASSEI Payeur départemental par intérim

EHPAD et USLD

Madame Marie Rose FIORUCCI, secrétaire EHPAD Casa Serena à Propriano

Madame Corinne RICCI, maîtresse de maison, Maison Jeanne d'Arc à Vico

Madame Marie Christine CASTILLO, attachée d'administration, Centre Hospitalier d'Ajaccio

Monsieur Dominique NOIRE, Conseiller Général des établissements de santé, administrateur provisoire au Centre Hospitalier d'Ajaccio

Monsieur André BALBI, gérant de la SARL Ste Cécile à Ajaccio

Madame Marie Françoise PAILLER, directrice de la résidence Sainte Cécile à Ajaccio

Associations d'aide à domicile

Madame Julia BARANOVSKI, directrice de l'ACPA

Monsieur Jean Antoine PIETRI, directeur général de la fédération ADMR de Corse du Sud

Monsieur Pascal RIGAUT, infirmier coordonnateur d'un SSIAD de l'ADMR

Madame Céline PASTINI, directrice de l'association MOSSA

CODERPA

Madame Paule MARCUCCI, chargée de mission auprès du vice président du CODERPA

CCAS d'Ajaccio

Madame Patricia BOYER, directrice

Monsieur Jean Pierre GIOCANTI enquêteur

Mutualité sociale agricole

Madame Chantal MORETTI, responsable de l'action sociale

Madame Jeanne DE PERETTI, responsable du contrôle médical

Madame Lisa TORACCHI MARTELLI, consultante

Monsieur Jean ARRIGHI, directeur de l'Observatoire régional de Santé

Madame Estelle CERVETTI, sociologue à l'ORS

Département de la Côte d'Or

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

Madame Francette MEYNARD, directrice

Madame Christine BOLLIS, responsable du service « politique gérontologique »

Conseil Général

Monsieur Philippe VINOT, Vice – Président

Pôle interdirectionnel Solidarité et Famille

Monsieur Arnaud DESBROSSES, directeur Général Adjoint Solidarité, Famille

Monsieur Philippe CHENILLET, directeur de l'Autonomie

Monsieur Alain DUBAT, référent pour les Systèmes d'information

Madame Anne Laure GAUTIER, chargée de projet maison départementale de l'autonomie

Madame WERNER –CONTET, chef de service du soutien à domicile

Monsieur Jean Yves BUFFOT, responsable du service des établissements

Madame Joëlle GAUTHEROT chargée des établissements pour personnes âgées

Madame Michèle DOMANGE, responsable du service de coordination administrative et budgétaire

Madame le Docteur Marie Pierre FAVOULET

Madame le Docteur Delphine CHATILLON

Equipes des travailleurs sociaux chargés de l'APA :

de l'agglomération de DIJON :

Laurent CHICAULT, assistant social, Responsable de l'unité

Madame Christine BREUILLARD, infirmière

Madame Julie MORANT, CESF

Madame Valérie PELTEREAU, assistante sociale

de DIJON ville

Madame Nicole GUYOT, assistante sociale, Responsable de l'unité

Madame Emmanuelle SIMON, infirmière

Madame Chadia EL- BETTIOUI, assistante sociale

Madame Estelle SUREAU, assistante sociale

Madame Arielle JEANNIN, infirmière

Madame Sylvie LETANG, CESF

Madame Patricia MOZON, infirmière

de GENLIS

Madame Colette BROLIN, assistante sociale

Madame Aurélie DIDIER, assistante sociale

Madame Virginie DA COSTA, assistante sociale

Monsieur Nicolas HANNEQUIN, éducateur

Madame Christine MAYADE, secrétaire

Paierie départementale

Monsieur Gérard DEMONDION, payeur départemental

Madame Anne MENNETRIER, adjointe au payeur, secteur des dépenses

Madame Blandine VEILLET, adjointe au payeur secteur des recettes

CRAM Bourgogne Franche Comté

Monsieur Christophe MADIKA, directeur

Monsieur Bernard TAPIE, directeur adjoint,

MSA de Bourgogne

Monsieur Jean ROCHE, responsable régional gestion administrative ASS

MSA de Franche Comté

Monsieur Frédéric MIQUEL, attaché de direction,

Mutualité Française Côte d'Or

Madame Natacha MONNOT, directrice du pôle personnes âgées

Madame Marie Pascale JOLIVALD, cadre d'agence

Madame Isabelle LARUE, cadre d'agence

SARL Vitame

Monsieur Bernard RAIMONDI, directeur

Madame Catherine CAZIN, responsable du service d'aide à domicile

EHPAD**Saint Philibert,**

Madame Liliane METZGER, directrice

Madame Angelina BERTHIER, comptable,

« Le Doyenné des grands crus » Medica France

Madame Valérie BOIVIN, directrice

Hôpital local d'Auxonne

Madame Edith PUGLIERINI, directrice, déléguée interregionale ANHL

Département de l'Hérault**DRASS-DDASS**

M. Jean-Pierre Rigaux, directeur régional des affaires sanitaires et sociales

M. Aubrun, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales

Mme Chantal Berhault, directeur adjoint

Conseil général

M. Bernard Ode, directeur général des services

M. Germain-Géraud, directeur du pôle départemental de la solidarité

M. Marcon, directeur adjoint du pôle départemental de la solidarité

Mme Lhuillier, Direction des finances

M. A. Sauvaire, service du Payeur départemental

Direction des personnes âgées du Conseil général

M. Bernard Godiard, directeur des établissements et prestations pour personnes âgées

Mme le docteur Angely-Silvestre, médecin de la direction des personnes âgées

Mme Elisabeth Ferreyros, chef du service coordination

Mme Brigitte Compas, responsable territorial des UTAG

Mme Dominique Carlier, chef du service autorisation-tarifification

Mme Marie-Françoise Maschio-Esposito, chef du service UGAP Cœur d'Hérault/ cités maritimes

Equipe sociale de l'UTAG Est-Héraultais

Caisse régionale d'assurance maladie

Jean-Claude Reuzeau, directeur
M. Michel Noguès, directeur adjoint

Fédération des caisses de mutualité sociale agricole du Languedoc

M. Pierre Chabas, directeur général adjoint

Réunion avec sept services d'aide à domicile autorisés et SIAD

Réunion avec trois services d'aide à domicile agréés

Réunion avec dix EHPAD et ULSD

Geneviève Fruchier, 1^{ère} vice-présidente du CODERPA

Département du Pas-de-Calais**Conseil général**

Dominique Watrin, vice-président chargé des personnes âgées

Alain Vogelweith : directeur général des services

Luc Gindrey, directeur des personnes âgées, des personnes handicapées et de la santé

Lucienne Gosset, chef du service de l'aide sociale

Dr Anne-Sophie Jean, chef du service départemental de santé

Dr Marien, SLPS de Saint-Pol sur Ternoise

Marie-Claude Gallet, contrôleur des lois d'aide sociale de Saint-Pol sur Ternoise

Dr Catteau, SLPS de Hénin

Cyril Carbonnel, chef du service gestion des établissements et services

Maryvonne Prieur, chef de la cellule SAAD, service gestion des établissements et services

Virginie Piekarski, chef du service pilotage et développement

Pascale Hennebelle, chef de projet suivi financier et d'activité du service pilotage et développement

Mme Blondeau, chef de service de la comptabilité d'aide sociale, direction des finances

Mr Bernard, chef de projet informatique

DDASS

Bernard Bonnel : Directeur adjoint des affaires sanitaires et sociales

Mme Ignace, chargée de mission politique gérontologique

Ghislaine Dessaint-Pochon, responsable du service Inspection, contrôle, évaluation

Caisses de retraite

Vincent God, Cram Nord Picardie- Lens

Payeur départemental

M. Alligné

CCAS

Monique Wattrisse, Directrice adjointe du CCAS d'Arras

Christian Cornet, travailleur social, CCAS d'Arras

Françoise Laruent, responsable adjoint du CCAS de Lens

Caroline Cauchois, rédactrice en chef du CCAS de Berck

Françoise Peru, cadre infirmier, CCAS de Berck

EHPAD

Françoise Savreux, directrice de l'EHPAD Frédéric Degeorge Béthune

Julie Lantoine, directrice du Centre de gériatrie Montgre Lens
Philippe Piel, directeur de l'EHPAD Henri Deldem Mazingarbe
Aurélien Innocenti, directeur de l'EHPAD Jacques Cartier à Vimy
Brigitte de Sainte Maresville, directrice de l'EHPAD Les Eprioux Fruges

SSIAD

Solweig Obin, ADMR Béthune
Jane Pieval, vice-présidente ADMR Béthune
Annie Adancourt, présidente UDCCAS
Christiane Martel, Présidente UNA Pas-de-Calais
Gilles Carver, directeur de la SAP de la CARMi Nord-Pas-de-Calais

SAAD

Gilles Carver, directeur de la SAP de la CARMi Nord-Pas-de-Calais
Elizabeth Leroux, département gérontologie handicap CCAS de Boulogne-sur-Mer
Jean-Luc Flory responsable du SAAD du CCAS de Boulogne-sur-Mer
Florence Broussart, directrice de l'association Opale Famille de Marquise
Dominique Goyez, directeur général de l'ASSAD Services à domicile du Béthunois
Manuella Deballeau, cadre de l'ASSAD Services à domicile du Béthunois
Fabrice Demany, directeur de l'association CIASFPA de Noyelles-les-Vermelles
Stéphanie Neuts, CIASFPA de Noyelles-les-Vermelles
Eugénie Lacheure, CIASFPA de Noyelles-les-Vermelles
Elodie Lefèbvre, CIASFPA de Noyelles-les-Vermelles
Nicolas D'Housdt, CIASFPA de Noyelles-les-Vermelles
Grégoire Rehber, contrôleur de gestion Fédération ADMR
Laurent Caron, responsable secteur de l'ADMR

Département de Seine Maritime

Conseil général

Yvon Robert : Vice Président
Michel Bérégovoy : conseiller général

Roger Barbe : directeur général des services
Jean-Yves Autret : directeur général adjoint
Angeline Renou Laversanne : directrice de la DIPAH
Isabelle Jolivet-Perez : sous directrice de la DIPAH
Didier Montier : chef du service APA
Cécile Iasci : responsable du service médical à la DIPAH
Caroline Dartois : responsable du service aide sociale personnes âgées
Sylvie Monsinjon : responsable du contrôle de gestion et audit
Line Moreau : référente informatique et statistique de la DIPAH
Céline Jamar : pilotage budgétaire
Rachida Zeraia : directrice de l'UTAS 1 et les équipes medico-sociales
Gwenaëlle Bricout : responsable de l'UTAS 3
Claude Frayssinet : responsable des UTAS 4 et 6
Malou Chapon responsable de l'UTAS 5

DDASS

Jean-Luc Brière : Directeur de l'action sanitaire et sociale
Marie-Hélène Bricard : IASS
Nicole Bohic : médecin

Diane Aublé : chargée de mission
Mme Fontaine : secrétaire de la Commission d'APA

Caisses de retraite

Jean-Yves Yvenat : directeur de la CRAM
Béatrice Bellevallée : directrice adjointe de la CRAM
Marcelline Marchand : responsable de division de la CRAM
Simone Vandembroucke : responsable du service action sanitaire et sociale de la MSA
Gérard Cadel : sous-directeur de la MSA

Payeur départemental

Jean-Claude Dale

CCAS

Sophie Brocard : responsable, Neufchatel en Bray
Nadine Christen-Rolland : responsable seniors, Grand Quevilly
Karine Lebouvier : directrice générale Yvetot
Gina Saint-Pierre : responsable SAAD, St Aubin les Elbeufs
S Durremberger : directrice St Aubin les Elbeufs
Catherine Duflos : responsable du service SAAD, Mont Saint-Aignan
Nathalie Urset : responsable de SAAD, Rouen
Lydie Dagonneau : responsable du service des personnes âgées, Rouen

EHPAD

Dominique Marie-Dit-Chatel: directrice Les Sapins Fécamp
Françoise Dottin : directrice de la filière gériatrique – CHU Rouen
Edouard Laubiez : gérant Bois Guillaume, Mont-Saint-Aignan le Havre
Valentine Meheut : directrice – Aumale Gaillefontaine
JP Lacroix : directeur CH Bois-Petit Sotteville
H Meyer : directeur adjoint USLD du Groupe hospitalier du Havre
Jean-Yves Dayt : directeur FCESS

SSIAD

Marie-Pierre Legros : directeur Saint-Saens
C Hennebert : IDEC Saint-Saens
Anne-Marie Devieille : IDEC SSIAD/SPASAD Mont saint Aignan
Eric Courtin : directeur général ASSAD le Havre
Monique Virmontois : IDEC SSIAD/ASSAD le Havre
Joël Goron : directeur général ADMR 76
Marielle Beard : responsable santé ADMR 76
Corinne Vigreux-Lévêque : directrice domicile 76 Croix rouge

SAAD

Pascal Baudey : directeur des ressources humaines d'Auxivie
Roselyne Lemaistre : gérante d'Auxivie
Prisca Thellier : directrice de SCOP services
SP Mercieca : directrice de l'Office des personnes âgées d'Elbeuf et de la Région (OPAER)
Catherine Chauvin : directrice adjointe de l'OPAER
Jean-Claude Schuft : président Haute et Basse Normandie de CCAD Goderville
Grégoire Morin : directeur de Domusvi
Danièle Palais : directrice adjointe de Domusvi

CODERPA

Docteur Pierre Dusoleil : correspondant Santé

Département des Yvelines

Conseil général

M. Joly : vice-président du Conseil général en charge des personnes âgées et des personnes handicapées
M. Malerba : directeur général des services
M. Fernandez : directeur de l'autonomie
M. Bouland : directeur adjoint de l'autonomie
Mme Rousseau : chef du service de l'aide sociale
Mme Develay : responsable adjoint du service de l'aide sociale
Mme Buisson : chef du service de la vie sociale à domicile
Mme Vidal de la Blache : responsable adjoint du service de la vie sociale à domicile
Mme Godard : chef du service budgétaire
Mme Guyenot : responsable adjoint du service des équipements médico-sociaux
Docteur (Mme) Gracco de Lay : expertise médicale
Docteur (Mme) Mercier : expertise médicale
Mme Vincent : coordinatrice gérontologique EMS1 (CGL1)
Docteur Conesa : EMS 1 (CGL1)
Mme Letousey : EMS 1 (CGL1)
Mme Alidra : coordinatrice responsable EMS 4 (CGL4)
Mme Pechmajou : coordinatrice responsable EMS 12 (CGL12)

DDASS

M. Paraire : directeur départemental des affaires sanitaires et sociales
Mme Gelliot : directrice adjointe
Mme Collet : inspectrice principale des affaires sanitaires et sociales
Docteur (Mme) Cuenot : médecin inspecteur de santé publique
Docteur (M.) Lerasle : médecin inspecteur de santé publique
M. Guénard : inspecteur des affaires sanitaires et sociales
Mme Calafat : inspectrice des affaires sanitaires et sociales
Mme Blanchet : chargée de mission
Mme Simplicie : secrétaire administratif

DRASS

Mme Nageotte : responsable de la MRICE d'Ile-de-France

Caisses de retraite

Mme Flouquet : directeur de l'action sociale d'Ile-de-France (CNAV)

Payeur départemental

M. Nistar

EHPAD

M. Sabatier : directeur adjoint du CH de Versailles
Mme Chevallier : AAH à l'hôpital de Mantes
Mme Fuller : directrice de la résidence Saint-Joseph
Mme Renouf : directrice du Relais Tendresse
M. Bolli : directeur de l'hôpital de Jouars Pontchartrain
Docteur (Mme) Savin : médecin coordonnateur de l'hôpital de Jouars Pontchartrain
Mme Renault : AAH secrétaire de direction de l'hôpital de Jouars Pontchartrain

SSIAD

G. Billion : IDEC SSIAD de Conflans
M. Berrezai : IDEC SSIAD de Magnanville
P. Lebreton : IDEC SSIAD de La Celle Saint-Cloud
M.E. Favre : IDEC SSIAD de Rambouillet
B. Bourreau : IDEC SSIAD de Viroflay
C. Lesage : IDEC SSIAD-CHI de Poissy Saint-Germain

SAAD

Mme Verschraegen : responsable du service du maintien à domicile à la mairie de Versailles
M. Chouta : responsable du CIMAP
Mme Deguffroy : responsable de l'aide à domicile au CCAS de La Celle Saint-Cloud
M. Lemonnier : gérant de « Préférence à domicile »
M. Picard : directeur de « Bien-être à la maison »
M. Seck : directeur d'AMADOM

CODERPA

M. Debuire

Annexe : Tableau synoptique de la gestion de l'APA dans six départements

Année 2008	Corse du Sud	Côte d'Or	Hérault	Pas de Calais	Seine Maritime	Yvelines	France métro
Contexte							
Population de 75 ans et plus ¹⁵	14 336	46017	95 990	114 850	104 088	88 209	5 373 701
Taux places d'EHPAD/1000 ha de 75 ans et + ¹⁶	25,68	139,67	88,52	90,38	151,44	138,10	118
Taux places de SIAD/1000 ha 75 ans et + ¹⁷	18,46	18,33	18,24	18,68	17,34	16,14	17,40
Offre en soins infirmiers libéraux ¹⁸	356	473	2475	1390	1110	643	69 169
Données sur l'APA 2008							
bénéficiaires APA/ 1000 personnes 75 ans et plus ¹⁹	393	219	275	307	262	139	220
Nombre total de bénéficiaires de l'APA	4687	9299	24626	33 635	25 106	11 016	1 099 152
% bénéficiaires APA à domicile	89%	53%	71%	78%	69%	54%	61%
Dépense nette moyenne par an par bénéficiaire payé en euros	4455	4066	5014	4586	4594	4543	4417

¹⁵ INSEE2008
¹⁶ STATISS¹⁷ Idem¹⁸ Idem¹⁹ CNSA

Organisation de l'instruction	Corse du Sud	Côte d'Or	Hérault	Pas de Calais	Seine Maritime	Yvelines	
Organisation du CG pour l'instruction de l'APA	Centralisé	Centralisé avec partage géographique 1 secteur sur 5	Centralisé avec partage géographique	Centralisé avec partage géographique	Déconcentré par territoire	Centralisé	
Organisation du CG pour l'évaluation de l'APA	Centralisé avec secteurs géographiques	Mixte 3 secteurs sur 5 déconcentrés	Equipe sociale déconcentrée intégrant CLIC	Equipe sociale déconcentrée intégrant CLIC	Déconcentré par territoire	Déconcentré par unité territoriale	
Organisation du CG pour la décision d'APA	Notification signée du PCG si favorable, du service central si défavorable	Notification signée au niveau central	Notification signée au niveau central	Notification signée au niveau central	Notification signée du PCG si favorable, du service central si défavorable		
Certificat médical du médecin traitant	Certificat médical détaillé présent sous enveloppe	Certificat médical détaillé demandé	Non demandé. Pas de formulaire type	Non demandé. Pas de formulaire type	Questionnaire médical rempli par médecin traitant exigé	Certificat médical type demandé	
Rôle du médecin du Conseil Général	moyen	limité	Limité	Décisif	important	Limité	
Nature de l'évaluation	Pluridisciplinaire et médico-social	Pluri disciplinaire	Sociale	Médicale et para-médicale	Médico-sociale	Médico-sociale	
Equipe d'harmonisation pluridisciplinaire	Réunion de l'équipe médico-sociale tous les 15 jours en 2 groupes complets	Réunion hebdomadaire par territoire géographique (médecin présent une fois par mois)	Absence	Réunions régulières organisées par les médecins responsables d'unités déconcentrées	Absence	Absence	
Commission APA	Oui : formelle	Rétablissement récent sous forme d'une réunion mensuelle au siège	Réunion hebdomadaire théorique	Commissions locales APA	Réunion hebdomadaire sans quorum	Réunion hebdomadaire Théorique	

APA à domicile	Corse du Sud	Côte d'Or	Hérault	Pas de Calais	Seine Maritime	Yvelines	
Durée d'attribution	3 ans	Porté de 1 à 5 ans	3 ans à indéfini	2 ans	5 ans	3 ans	
Délai d'instruction (en jours)	53,4	57,6	74	40,7	34	112	
Taux de rejets légers demandes	11%	26%	17,5%	11, 14%	9%	8,93%	
Pourcentage bénéficiaires APA domicile GIR 1	4,98	2,3%	3,5%	2,22%	2%	5,02%	
Pourcentage bénéficiaires APA domicile GIR 2	16,14	18,1%	17,8%	20,92%	21%	24,90%	
Pourcentage bénéficiaires APA domicile GIR 3	17,78	17,4%	24,5%	19,85%	21%	27,09%	
Pourcentage bénéficiaires APA domicile GIR 4	61,07	62,2%	54,2%	57%	56%	42,98%	
Aide à domicile : mode prestataire (en%)	45%	79,36%	95,13%	70,5%	62%	63,22%	
Aide à domicile : mode mandataire (en%)	0%	3,75%	0,39%	19,4%	19%	16,09%	
Aide à domicile : mode gré à gré (en%)	55%	16,89%	4,06%	10,1%	19%	20,69%	
Dépassements des plafonds des GIR	non	non	oui	Oui			
Fréquence du contrôle des ressources en dehors des révisions sur demande PA	3 ans	Tous les 5 ans	3 ans à indéfini	Une révision sur les dossiers de 2002 à aujourd'hui a commencé en 2009	5 ans	3 ans	
Contrôle d'effectivité du gré à gré	oui	Echanges de fichiers avec URSSAF	Ponctuel (350)	Plan de contrôle d'effectivité depuis 2009	Opération massive de contrôle en 2009	Systematique (justificatifs)	
Contrôle d'effectivité des prestataires	Partiel	Non pas de paiement direct Justificatifs des personnes âgées	Non, sauf un contrôle sur place (litige budgétaire)	A travers le paiement direct des prestataires (tiers payant)	A travers le paiement direct des prestataires (tiers payant)	Systematique (justificatifs)	

Aide à domicile CRAM	Corse du Sud	Côte d'Or	Hérault	Pas de Calais	Seine Maritime	Yvelines	
Taux bénéficiaires AMD / retraités régime général	0,3%	2,94%	1% dont 0,65% AMD	2,04%	2,05%	1,83%	
Taux de rejets (dont absence de besoins)	ND	5,74%	1,91	ND	4,9%	8,42%	
Convention opérationnelle avec CG	non	non	Non	ND	Non	Non	
APA en établissement	Corse du Sud	Côte d'Or	Hérault	Pas de Calais	Seine Maritime	Yvelines	
Pourcentage EHPAD en dotation globale	0%	93,14%	91,77%	24%	79%	0%	
Pourcentage EHPAD en versement global	0%	0%	0%	0%	0%	0%	

Sigles utilisés

ACOSS	agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACTP	allocation compensatrice pour tierce personne
ADF	assemblée des départements de France
AGGIR	autonomie gérontologique et groupes iso-ressources
APA	allocation personnalisée d'autonomie
CASF	code de l'action sociale et des familles
CCAS	centre communal d'action sociale
CDAS	commission départementale de l'aide sociale
CESU	chèque emploi service universel
CLIC	comité local d'information et de coordination
CNAMTS	caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV	caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNCESU	centre national du chèque emploi service universel
CNSA	caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM	caisse primaire d'assurance maladie
CRAM	caisse régionale d'assurance maladie
DDASS	direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDTEFP	direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DEAVS	diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale
DGAS	direction générale de l'action sociale
DGEFP	délégation générale de l'emploi et de la formation professionnelle
DIRRECTE	direction régionale de l'entreprise, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DPAPH	direction personnes âgées personnes handicapées du Conseil général
DREES	direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPA	établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMS	équipe(s) médico-sociale(s)
ETP	équivalent temps plein
GIR	groupe iso-ressources
GMP	groupe iso-ressources moyen pondéré (en établissement)
IGAS	inspection générale des affaires sociales
INSEE	institut national de la statistique et des études économiques
MARPA	maison d'accueil rurale pour personnes âgées
MDPH	maison départementale des personnes handicapées
MSA	mutualité sociale agricole
PCH	prestation de compensation du handicap

PSD	prestation spécifique dépendance
SAAD ou SAD	service d'aide à domicile
SMIC	salaire minimum interprofessionnel de croissance
SSIAD	service de soins infirmiers à domicile
URSSAF	union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations
USLD	unité de soins de longue durée

