

MISSION CONFIÉE PAR LE PREMIER MINISTRE

A

Monsieur Georges LABAZÉE
Sénateur des Pyrénées Atlantiques

MISSION RELATIVE A LA TARIFICATION ET AUX PERSPECTIVES D'EVOLUTION DES SERVICES D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE

Mars 2017

REMERCIEMENTS

Je tiens ici à adresser des remerciements sincères à la Direction Générale de la Cohésion Sociale et en particulier à Marion Mathieu pour l'aide précieuse apportée tout au long de l'élaboration de ce rapport.

Aux côtés de Nathalie Cuvillier et Dominique Renard, elle a su faire preuve d'une maîtrise parfaite des enjeux soulignés par ce rapport, qui, alliée à une grande disponibilité, nous a permis de travailler en parfaite harmonie.

Je remercie également Clara Rozenberg, ma collaboratrice parlementaire, pour ses talents d'organisation. Son soutien logistique sans faille a facilité grandement le déroulement de ces travaux.

Je remercie toutes les personnes que j'ai auditionnées, que ce soit à titre individuel ou au titre des institutions, services ou fédérations qu'elles représentent.

J'adresse mes remerciements à Madame Pascale Boistard, Secrétaire d'État chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie ainsi qu'à l'ensemble de son cabinet.

Enfin, je remercie mes collègues sénatrices et sénateurs de la Commission des Affaires Sociales du Sénat qui m'ont fait part de leur expérience territoriale et m'ont, pour nombre d'entre eux, aidé dans l'organisation des rencontres avec les exécutifs départementaux et les SAAD. Merci également à l'Assemblée des Départements de France et à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| Synthèse | 6 |
| Introduction | 9 |
| I - Eléments de contexte et de définition permettant d'expliciter la situation actuelle du secteur | 11 |
| A - Définition et clarification des notions employées | 11 |
| Historique de la structuration du secteur et état du droit avant la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : la mise en place du droit d'option | 11 |
| Problématiques liées au droit d'option et unification du régime par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement..... | 14 |
| Evolutions introduites par la loi ASV dans le secteur de l'aide à domicile : réforme du régime juridique | 15 |
| Evolutions introduites par la loi ASV dans le secteur de l'aide à domicile : les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens..... | 19 |
| Evolutions introduites par la loi ASV dans le secteur de l'aide à domicile : les services polyvalents d'aide et de soins à domicile..... | 20 |
| B - Incompréhensions et difficultés d'application du nouveau régime introduit par la loi ASV : premiers éléments de constat sur les pratiques disparates des conseils départementaux en matière de tarification et d'organisation de l'offre..... | 21 |
| Des stratégies d'organisation de l'offre différentes face à la bascule de tous les SAAD dans le champ de l'autorisation..... | 21 |
| Autres pratiques observées : des mesures de régulation contestables | 24 |
| C – Des réussites néanmoins sur certains territoires | 26 |
| D - Typologie des questionnements des conseils départementaux et des services d'aide et d'accompagnement à domicile | 27 |
| Eléments évoqués par les conseils départementaux : la compensation de la dépense..... | 27 |
| Eléments évoqués par les services d'aide et d'accompagnement à domicile | 29 |
| II – Au fil des rapports : la tarification des SAAD, une question explorée depuis plusieurs années | 32 |
| A - Retour sur les différents rapports sur l'aide à domicile et leurs apports | 32 |
| B - Bilan des préconisations issues de ces rapports..... | 33 |
| Résultats des préconisations mises en place : étude nationale de coûts et fonds de restructuration de l'aide à domicile..... | 33 |
| Le mode de financement des services à domicile : une réflexion à poursuivre..... | 34 |

| | |
|--|----|
| III – Au-delà du modèle de financement des services : une nécessaire évolution de l’organisation et de la gestion des structures..... | 41 |
| A- Les ressources humaines | 41 |
| Difficultés de recrutement et attractivité des métiers..... | 41 |
| Formation des professionnels de l'aide à domicile : intervenants, cadres intermédiaires, personnel de direction | 43 |
| B - Les modalités d’organisation des services et leur activité..... | 44 |
| Organisation des interventions..... | 44 |
| Diversification de l’activité..... | 44 |
| C – Outils..... | 45 |
| IV – Plusieurs leviers à mobiliser au bénéfice de la restructuration du secteur de l'aide à domicile | 47 |
| Les contrats pluriannuels d’objectifs et de moyens (CPOM) | 47 |
| Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)..... | 50 |
| Groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) | 51 |
| V – Perspectives d’évolution : des opportunités à saisir | 53 |
| A - Relations entre les différents acteurs | 53 |
| L’approfondissement des relations entre conseils départementaux et SAAD | 53 |
| Le cas des personnes autonomes relevant des GIR 5 et 6 : les relations entre conseils départementaux et caisses d’assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT)..... | 54 |
| La mise en place des conférences des financeurs : opportunité pour les SAAD | 55 |
| B – Perspectives d’évolution du secteur de l'aide à domicile | 55 |
| L’impact du développement des nouvelles technologies sur les SAAD | 56 |
| L’inscription des SAAD dans une offre nouvelle d’habitat..... | 56 |
| VI – Préconisations | 61 |
| 1. Pilotage, animation, suivi | 61 |
| 2. Modèle de financement des SAAD | 61 |
| 3. Organisation interne des SAAD et SPASAD | 62 |
| Annexes | 63 |
| Annexe 1 : Lettre de mission | 64 |
| Annexe 2 : Liste des personnes auditionnées dans le cadre du rapport..... | 66 |
| Annexe 3 : Niveau des dépenses supportées par les conseils départementaux en matière d’APA en 2014 et 2015 | 69 |
| Annexe 4 : Montants de compensation prévisionnels attribués aux départements au titre de l’APA | 72 |

| | |
|---|----|
| Annexe 5 : Le forfait global d'un SAAD sous CPOM, Jean-Pierre Hardy..... | 77 |
| Annexe 6 : Décomposition des couts horaires d'intervention à domicile, Philippe Pichery | 79 |

SYNTHESE

Un peu plus d'un an après la promulgation de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV), ce rapport se propose d'en poser un premier bilan, notamment dans le champ spécifique des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). C'est dans cet objectif que le Premier ministre a confié à M. Georges Labazée, sénateur et co-rapporteur de la loi ASV, une mission destinée à en évaluer les effets et à poser les bases d'un meilleur dialogue entre départements et services qui permette de résoudre les questions tarifaires dans un enjeu plus large de qualité des prestations délivrées et de continuité du service.

Eléments de contexte et de définition permettant d'expliciter la situation actuelle du secteur

Le premier volet du rapport est de nature essentiellement pédagogique et part d'un constat qu'ont largement confirmé les déplacements et les rencontres de terrain effectués par la mission : les dispositions de la loi ASV relatives aux SAAD font l'objet d'une application très hétérogène dans les territoires, en grande partie due à des confusions terminologiques. Après avoir rappelé les difficultés soulevées par la dualité de régimes entre autorisation et agrément, le rapport dresse une typologie des SAAD après le passage au régime unique d'autorisation, en fonction de leurs publics. En effet, les SAAD habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale sont seuls à bénéficier d'un financement public du conseil départemental, qui en définit le montant par une dotation globale ou par un tarif horaire. Les autres SAAD, auxquels est reconnu le droit de prendre en charge des bénéficiaires de l'APA ou de la PCH, conservent une relative liberté dans la fixation du prix de leurs prestations. Cette notion de « tarif horaire » ne doit pas être confondue avec celle de « tarif de référence », qui quant à elle s'applique à la valorisation des plans d'aide APA versés aux bénéficiaires.

La proximité trompeuse de ces notions a pu engendrer sur les territoires certains comportements des acteurs publics qui vont à l'encontre de l'esprit de la loi ASV. Celle-ci édicte comme principes la liberté de choix du SAAD pour le bénéficiaire et la liberté du choix du mode de gestion pour le SAAD. Or, certains départements, contraints par un contexte budgétaire très peu favorable, peuvent soit jouer sur le niveau du tarif horaire en diminuant la solvabilité des SAAD habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, soit jouer sur le tarif de référence de l'APA de façon à faire converger le prix des SAAD vers un montant unique. Dans les deux cas, ces pratiques, qui tendent à raréfier les SAAD habilités ou à orienter les services vers un mode de gestion mandataire, entravent la pluralité de l'offre. Elles se font par ailleurs au détriment des bénéficiaires les moins favorisés et les plus dépendants, qui se tournent majoritairement vers des SAAD habilités et gérés selon le mode prestataire.

La tarification des SAAD : une question explorée depuis de nombreuses années, une réflexion à poursuivre

La tarification des SAAD avait déjà fait l'objet de nombreux travaux et le rapport se penche sur quelques-unes de leurs préconisations. La plus récurrente d'entre elles concerne la

dichotomie préjudiciable entre le financement public des SAAD habilités et la solvabilisation des usagers dans le cadre de l'APA. L'équilibre financier des services dépendant du paiement de leurs prestations par les bénéficiaires, un tarif horaire insuffisant peut mener l'usager à verser une participation supérieure à celle dont il s'est déjà acquitté au titre du ticket modérateur de l'APA. Ainsi, afin de diminuer les frictions issues de deux modes de financement entièrement dépendants mais conçus sans complémentarité, la piste d'une sortie de la tarification horaire des SAAD et d'une forfaitisation de la participation financière des usagers a été évoquée. Alors que la première assouplirait le modèle financier des services, encore trop tributaires du minutage des interventions, la seconde leur assurerait une source de financement stabilisée, avec la possibilité pour l'usager de mobiliser l'excédent financier déboursé sur les périodes qui appellent une prise en charge plus intensive.

Le dépassement des modalités actuelles de tarification des SAAD appelle une refonte plus générale du dialogue de gestion entre les services et le conseil départemental qui les tarifie. La loi ASV, en offrant aux conseils départementaux la possibilité de conclure des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), vise le double objectif de dégager la tarification des SAAD d'une logique strictement annuelle et prévisionnelle et de donner au département un pouvoir de définition des objectifs de gestion, contrepartie de la liberté budgétaire donnée aux SAAD par l'attribution d'un forfait global. À ce jour, la mission est contrainte de constater que les CPOM sont des instruments trop peu mobilisés par les décideurs publics.

De façon plus générale, la tarification des SAAD demeure indissociable de la question de la compensation par l'État des dépenses engendrées au titre du versement de l'APA. Là encore, la loi ASV apporte un important complément au concours APA versé par la CNSA et destiné à financer la revalorisation des plans d'aide, l'augmentation salariale applicable au secteur de l'aide à domicile et le soutien apporté aux aidants familiaux. L'évolution de la répartition de la dépense d'APA entre État et départements n'en demeure pas moins un sujet déterminant pour la soutenabilité financière de ces derniers.

Une nécessaire évolution de l'organisation et de la gestion des structures : des leviers à mobiliser

Outre l'aspect financier, d'importants défis structurels pourraient continuer de se poser aux SAAD avec une acuité renforcée. Les problèmes de ressources humaines auxquels de nombreux SAAD sont contraints de faire face, en raison d'une attractivité insuffisante de leurs métiers, ne manqueront pas de s'accentuer si l'on ne procède pas à une revalorisation des diplômes et à une diversification des tâches. Un des principaux leviers de diversification a en partie été exploité par l'expérimentation des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Cette nouvelle formule de services, partant du constat que la prise en charge de la personne âgée cumule dimensions médicale et sociale, vise à décloisonner ces deux champs en rapprochant leurs professionnels respectifs et en unifiant leurs pratiques autour de la personne. Encouragés par la mission, les SPASAD ne semblaient pas avoir rencontré, en 2015, le succès escompté, en raison de la grande complexité que suppose la coordination de deux milieux qu'opposent encore d'importants clivages culturels et

fonctionnels. Les entités juridiques destinées à faciliter ce rapprochement, tels les groupements de coopération sociale et médico-sociale, sont pour l'heure insuffisamment exploitées. Le suivi de l'expérimentation SPASAD intégrés mise en place par la loi ASV est toutefois encourageant. Au-delà des SPASAD, l'opportunité que peuvent saisir les SAAD de diversifier leurs activités en exploitant tous les aspects du « service à la personne » se heurte encore à la réticence de certains acteurs associatifs, à dépasser la dimension sociale de l'aide à domicile. Cette diversification peut se faire vers d'autres activités du secteur social, telles que les interventions auprès des familles fragilisées. Elle permettrait aux services, alors moins dépendants de leur activité APA et PCH de retrouver une pérennité économique.

Perspectives d'évolution : des opportunités à saisir

Au-delà des pistes lancées par la loi ASV, et dont il conviendra de maintenir le suivi dans les années à venir, de nombreux chantiers restent à investir par les décideurs publics. Il ne leur est en effet plus possible d'ignorer les mutations économiques qu'entraînent le vieillissement de la population et l'élévation du degré de dépendance. L'appropriation des nouvelles technologies par les SAAD est une des clés à saisir par le secteur pour assurer sa viabilité. Il en va de même pour sa capacité à s'adapter aux nouvelles formes d'habitat collectif, répondant à une demande qui ne peut plus se satisfaire de la dualité maintien à domicile/accueil en établissement.

INTRODUCTION

Anticipant de plusieurs décennies l'important phénomène du vieillissement de la population, Oscar Wilde nous rappelait déjà qu'il ne fallait pas chercher à rajouter des années à sa vie, mais plutôt essayer de rajouter de la vie à ses années. Des siècles d'avancées de la médecine nous ont permis de vivre plus longtemps. En 45 ans, le nombre de centenaires a été multiplié par 20. D'ici 2070, la France devrait en compter 13 fois plus.

C'est l'optimisme inspiré par Oscar Wilde qui, je le pense avec conviction, nous mobilise pleinement, en atteste le nombre exponentiel de colloques, livres et publications spécialisées consacrés à ce défi. Mais quel est-il précisément ? Adapter notre société à toute forme de perte d'autonomie, lutter contre le désespoir de l'isolement, consacrer la participation sociale et citoyenne de la personne âgée ou fragile, répondre aux défis territoriaux... tels sont les enjeux auxquels nous sommes confrontés. Ces chantiers ont été l'une des priorités de ce dernier quinquennat.

C'est ainsi que, près d'un an après sa promulgation, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement se met progressivement en place sur l'ensemble de nos territoires, répondant ainsi graduellement aux attentes des citoyens en perte d'autonomie, de leurs familles, mais aussi des élus et du tissu associatif et entrepreneurial.

Co-rapporteur de cette loi lors de son examen au Sénat en 2015, le Premier ministre m'a confié la mission d'examiner avec attention l'accueil et l'application des mesures prises pour renforcer l'aide à domicile sur le territoire français. Ce contrôle de l'application de la loi est ainsi venu compléter avec intérêt mon travail parlementaire et donner tout son sens à cette belle fonction.

Certes, de nombreux rapports ont été publiés ces dernières années sur l'aide à domicile, mais aucun ne propose une évolution de ce secteur susceptible de remédier aux difficultés rencontrées par les acteurs de proximité :

- les départements, chefs de file de ces politiques et maîtres de la tarification ;
- les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), acteurs historiques des politiques de maintien à domicile.

Dès lors, nous avons cherché à disposer d'une vision globale du secteur et d'identifier les pistes d'amélioration qui permettraient d'organiser un dialogue efficace entre département et SAAD, que soient atténuées les problématiques tarifaires auxquelles ces derniers se trouvent souvent confrontés. Le souci de la qualité des prestations délivrées et la continuité de ce service sur l'ensemble des territoires ont également été au cœur de nos réflexions.

Dans cette perspective nous avons rencontré :

- des départements, soit très ruraux, soit très urbanisés, en respectant par déontologie les équilibres politiques ;
- le tissu associatif local et les entreprises de service à la personne de taille raisonnable ; nous avons choisi des structures en bonne santé économique mais aussi des entités en grande difficulté financière, dans le souci de retranscrire avec sincérité la réalité de nos territoires ;

- les réseaux de CCAS – CIAS, qui assument la mission de l'aide à domicile pour les collectivités locales ;
- l'éclairage apporté par des fédérations nationales, l'Assemblée des Départements de France et les différents corps d'inspection auditionnés nous a permis de renforcer globalement notre approche.

La démarche adoptée par ce rapport se veut autant descriptive que prospective. Parce qu'un phénomène aussi complexe que l'aide à domicile ne peut se comprendre sans un rappel de la nature des acteurs et de leurs relations, le rapport reviendra en détail sur les problématiques financières et structurelles qu'ils rencontrent et qui les mettent aujourd'hui sous une tension importante. De l'identification des problèmes, découleront des recommandations précises qui, nous le souhaitons, pourront être utiles à ceux qui construisent au quotidien ces politiques.

Puisse ce rapport servir à la révolution des pratiques, pour amplifier et généraliser celles qui fonctionnent sur l'ensemble de notre territoire, de manière pérenne.

Georges Labazée

I - Eléments de contexte et de définition permettant d'expliciter la situation actuelle du secteur

La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) a engagé une refonte de l'aide à domicile. Dans ce contexte, la mission confiée par le gouvernement vise à disposer d'une vision globale du secteur permettant de poser les bases d'un meilleur dialogue entre départements et services, notamment sur la question tarifaire. Les auditions menées au cours des mois de décembre 2016, janvier et février 2017 ont confirmé la diversité des pratiques des départements dans la mise en œuvre de la loi. Les rencontres avec les conseils départementaux, les services d'aide et d'accompagnement à domicile mais aussi les fédérations nationales ont révélé que ces différences de mise en œuvre sont liées par-delà la situation financière des départements à des différences d'interprétations tant sur l'esprit de la loi que des textes législatifs et réglementaires. Un travail de définition et de clarification des notions qui seront employées dans ce rapport apparaît donc comme un préalable nécessaire à l'exposé des premiers éléments de constats sur les pratiques des conseils départementaux et les difficultés rencontrées tant par ceux-ci que par les services d'aide et d'accompagnement à domicile.

A - Définition et clarification des notions employées

Historique de la structuration du secteur et état du droit avant la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : la mise en place du droit d'option

Le secteur de l'aide à domicile s'est historiquement développé après la Seconde Guerre mondiale, largement porté par le secteur associatif en faveur des plus défavorisés. Il a par la suite été progressivement organisé et structuré par ces associations. Ce secteur a bénéficié de financements publics par le biais des politiques d'aide sociale, portées par les départements en application des lois de décentralisation. Certaines communes ont également investi le secteur et créé des services d'aide à domicile par le biais de leur centre communal d'action sociale (CCAS) ou de leur centre intercommunal d'action sociale (CIAS).

L'aide à domicile à destination des personnes âgées et handicapées s'est ainsi ancrée dans le champ de l'action sociale. Cette inscription dans le secteur social et médico-social a été confirmée par la loi du 2 janvier 2002¹ dite loi 2002-2, dans un but de professionnalisation du secteur et d'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes accompagnées.

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile entrent ainsi dans la catégorie des établissements et services sociaux et médico-sociaux définis aux 6[°] et 7[°] de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles en ce qu'ils apportent à domicile aux personnes âgées et handicapées une « *assistance dans les actes quotidiens de la vie ou une aide à l'insertion sociale* ».

¹ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

En parallèle de la réponse aux besoins des publics fragiles, le développement des services à la personne a été encouragé au fil des années dans l'idée de la création d'emplois non délocalisables et ouverts à des publics souvent peu ou pas qualifiés. Ce développement correspond à une demande accrue de services auprès des particuliers et s'est fait au travers de plusieurs mesures, notamment la loi du 29 janvier 1996² ayant ouvert aux entreprises la possibilité de bénéficier d'un agrément lorsque celles-ci se consacrent exclusivement à des tâches ménagères ou familiales.

C'est cependant la loi du 26 juillet 2005, dite « loi Borloo » qui est véritablement venue modifier la structuration du secteur de l'aide à domicile. Celle-ci a en effet ouvert le secteur de l'aide au domicile des publics fragiles à l'initiative privée, cette aide entrant dans le champ plus large des services à la personne. Cette loi répondait à un triple enjeu : favoriser l'emploi et le dynamisme économique, améliorer les conditions de travail et la qualification des salariés du secteur, apporter une réponse à la perte d'autonomie et au handicap.

Un double régime s'est alors mis en place avec la loi Borloo, instaurant un droit d'option entre le régime d'agrément et le régime d'autorisation ouvert aux services prestataires d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès des publics fragiles.

L'agrément, régi par le code du travail, était délivré par les Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) pour 5 ans. L'obtention de l'agrément était soumise à des conditions strictes d'exercice de l'activité, se basant sur un cahier des charges³ portant notamment sur la viabilité financière de la structure, la qualité de l'accueil, la clarté de l'offre de service ou encore le contenu, le suivi et l'évaluation de la prestation. Les services agréés fixaient librement leurs tarifs, dans le respect d'un taux annuel maximal d'augmentation défini par arrêté du ministre chargé de l'économie et des finances. L'agrément permettait de faire bénéficier les usagers d'une réduction d'impôt.

L'autorisation, régie par le code de l'action sociale et des familles, était délivrée pour 15 ans par le président du conseil départemental à l'issue d'un appel à projet⁴ depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. La structure voyait ainsi son activité reconnue par le conseil départemental en charge de l'action sociale et médico-sociale dans le département. L'autorisation valant, sauf mention contraire, habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, notion qui sera définie plus loin, la tarification des prestations des services autorisés relevait de la compétence du conseil départemental. De plus, la loi 2002-2 a rendu la planification départementale des services sociaux et médico-sociaux opposable dans le cadre de la procédure d'autorisation des services. Les services étaient ainsi autorisés dès lors qu'ils respectaient les normes techniques minimales d'autorisation, étaient compatibles avec le schéma départemental et avec

² Loi n°96-63 du 29 janvier 1996 en faveur du développement des emplois de services aux particuliers

³ Arrêté du 26 décembre 2011 fixant le cahier des charges prévu à l'article L.7232-7 du code du travail

⁴ Articles L.313-3 et L.313-4 du code de l'action sociale et des familles

l'existence d'un financement public. Ces services étaient de plus soumis au respect des exigences en matière de qualité du secteur médico-social : projet de service, réalisation des évaluations internes et externes.

En conclusion de ce préambule terminologique, il convient également de préciser les notions de **statut** et de **mode d'intervention**. La première renvoie à la nature juridique de la personne morale gestionnaire du service, qui peut être une institution publique, une association personne de droit privé à but non lucratif, ou un acteur privé lucratif. Le mode d'intervention renvoie quant à lui à la relation qu'entretiennent le service et l'usager qui en bénéficie. Trois cas peuvent être distingués : le mode prestataire, selon lequel la personne morale gestionnaire du SAAD est l'employeur de l'intervenant, le bénéficiaire étant seulement usager du service ; le mode mandataire, selon lequel le bénéficiaire est l'employeur de l'intervenant, mais bénéficie de l'appui juridique et comptable de la personne morale gestionnaire ; le mode de gré à gré, selon lequel le bénéficiaire est seul employeur du service sans intervention de tiers. Le présent rapport a pour périmètre les SAAD de tous statuts intervenant en mode prestataire.

Service d'aide et d'accompagnement à domicile et Service à la personne

La notion de service à la personne a été introduite par la loi Borloo du 26 juillet 2005 et figure à l'article L.7231-1 du code du travail. Les services à la personne recouvrent les métiers liés à l'assistance aux personnes et comprennent notamment les services à la famille (garde d'enfant, soutien scolaire), les services de la vie quotidienne (ménage, jardinage) ou les services aux personnes fragiles (personnes âgées, personnes handicapées...) qui ont besoin d'une aide dans leur vie quotidienne. Les services à la personne s'adressent donc au plus grand nombre. La qualification de service à la personne ouvre droit à des avantages sociaux et fiscaux.

Au sein des services à la personne, il convient de distinguer les services d'aide et d'accompagnement à domicile qui s'adressent plus spécifiquement à des publics vulnérables : personnes âgées, personnes handicapées, familles fragilisées. Ils ont pour but de favoriser le maintien à domicile de ces personnes en leur apportant une assistance pour les actions liées aux actes essentiels de la vie, au soutien à domicile, à la préservation ou à la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne et au maintien et au développement des activités sociales en lien avec l'entourage.

Problématiques liées au droit d'option et unification du régime par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement

La mise en œuvre du droit d'option a posé un certain nombre de difficultés, les deux régimes permettant d'intervenir auprès des mêmes publics fragiles sans être équivalents. Le régime de l'agrément était en effet par nature moins contraignant avec des obligations moindres en termes d'évaluations et de contrôle de la puissance publique. Le droit d'option permettait également aux services d'échapper à la procédure d'appel à projet tout en bénéficiant de financements publics indirects via l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou la prestation de compensation du handicap (PCH). De plus, les durées de l'agrément et de l'autorisation étaient différentes : 5 ans pour le premier, 15 ans pour la seconde.

Face à ces difficultés, tant les services agréés qu'autorisés étaient demandeurs d'une unification du régime. Par ailleurs, la Commission européenne, saisie par des services agréés, a demandé des éclaircissements sur la justification de ce double régime. Celle-ci a considéré que la coexistence de deux catégories de services offrant les mêmes prestations aux mêmes catégories de publics mais bénéficiant d'un traitement différent pourrait être contraire au droit communautaire et notamment à la liberté d'établissement et à l'égalité de traitement, principalement au regard de la différence de durée entre autorisation et agrément.

En outre, plusieurs rapports tant de l'IGAS que de la Cour des comptes (cf. infra) avaient critiqué ce double régime, peu clair pour les usagers et source de complexité pour les acteurs. Préconisée par le rapport de la députée Bérangère POLETTI et la mission conjointe des inspections générales des affaires sociales et des finances de 2010, tout comme l'Assemblée des départements de France (ADF), une expérimentation de nouvelles modalités d'allocation des ressources a été engagée par la loi de finances pour 2012.

En effet, face aux difficultés économiques rencontrées par le secteur de l'aide à domicile, et aux enjeux d'accompagnement et de prévention liés au maintien à domicile, l'assemblée des départements de France et les principales fédérations d'aide à domicile ont pris l'initiative d'expérimenter sur certains territoires de nouvelles modalités de tarification et de contractualisation dans le cadre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) valant mandatement de la puissance publique, c'est-à-dire attribution de certaines prérogatives permettant de ne pas se voir appliquer le droit commun de la concurrence.

L'évaluation de cette expérimentation a donné lieu à un rapport de l'inspection générale des affaires sociales en avril 2015. Plusieurs préconisations de ce rapport ont été inscrites dans la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : la non prolongation de l'expérimentation tarifaire au-delà de son terme prévu, la définition au niveau national des mentions du CPOM ou encore le recours au forfait global.

L'État et les conseils départementaux ont ainsi convenu de la nécessité d'envisager ensemble une modernisation et une révision du cadre juridique et financier du secteur de l'aide à domicile. La complexité des différents régimes d'agrément et d'autorisation, l'absence de

cadre sécurisé de mandatement et la rigidité de la tarification horaire ne permettaient pas de valoriser efficacement les exigences de continuité et de qualité dans l'accompagnement à domicile.

L'aide à domicile en direction de personnes vulnérables, qu'il s'agisse de jeunes enfants, de personnes handicapées ou de personnes âgées, ne saurait se réduire à une prestation de service à la personne, banalisée dans le marché des services. A ce titre, elle requiert une action de régulation publique pour faire prévaloir la protection des personnes accompagnées sur toute autre considération.

La réforme de l'aide à domicile inscrite dans la loi ASV s'inscrit dans la volonté d'assurer une coordination renforcée des pouvoirs publics, conciliant soutien à la croissance et à l'emploi et rôle social de ces activités notamment celles destinées aux publics fragiles. L'amélioration de la qualité de l'emploi et des perspectives professionnelles dans ce secteur, la structuration de l'offre pour la rendre plus lisible et plus accessible, et la mise en place d'une nouvelle gouvernance nationale en concertation avec l'ensemble des professionnels, constituent l'un des axes majeurs de la réforme

Evolutions introduites par la loi ASV dans le secteur de l'aide à domicile : réforme du régime juridique

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a unifié les régimes juridiques applicables aux services d'aide et d'accompagnement à domicile, ceux-ci étant désormais soumis au seul régime d'autorisation. Cette bascule dans le régime de l'autorisation prend en compte la position de chef de file des conseils départementaux en matière de politiques d'action sociale et vise à leur permettre de mieux structurer une offre de service qualitative sur leur territoire.

Les services intervenant auprès des personnes âgées ou handicapées sont ainsi réputés autorisés à la date d'effet de leur dernier agrément depuis le 30 décembre 2015, date d'entrée en vigueur de la loi.

Ce nouveau régime unique d'autorisation s'inscrit dans une logique classique de protection des publics fragiles. Tous les services d'aide et d'accompagnement sont désormais soumis aux mêmes règles techniques minimales d'organisation et de fonctionnement fixées par un cahier des charges national⁵. De plus les dispositions de droit commun propres au régime de l'autorisation sont désormais applicables à toutes les structures : autorisation d'une durée de 15 ans, réalisation d'évaluations internes et externes.

Toutefois, pour faciliter la mise en place du nouveau régime unifié, l'article 47 de la loi prévoit une période transitoire jusqu'en 2022, période pendant laquelle les services seront

⁵ Décret N°2016-502 du 22 avril 2016 relatif au cahier des charges national des services d'aide et d'accompagnement à domicile et modifiant le code de l'action sociale et des familles

dispensés d'appel à projet pour leurs demandes d'autorisation, d'extension d'activité ou d'habilitation à l'aide sociale. Le président du conseil départemental dispose d'un délai de 3 mois pour répondre à ces demandes, celui-ci ayant l'obligation de motiver les décisions de refus.

Lors des rencontres effectuées dans le cadre de la mission, il a été exprimé tant par les conseils départementaux que par les services ou leurs fédérations une demande de clarification des critères permettant de justifier un tel refus. La DGCS devrait répondre à cette attente dans le cadre notamment des fiches d'interprétation de la loi qu'elle met à disposition régulièrement des acteurs.

Il ressort des travaux de la mission qu'il existe un réel besoin d'explication quant au sens de cette bascule dans le régime de l'autorisation, celle-ci n'étant pas comprise de manière homogène par l'ensemble des acteurs.

Il convient ici de rappeler que si l'intégralité des services prestataires est désormais autorisée il existe différents régimes distincts au sein de l'autorisation qui emportent l'application de règles et de contraintes différentes pour les services en fonction de la portée de l'autorisation dont ils sont titulaires.

L'autorisation, sauf mention contraire, vaut habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Cette habilitation emporte pour le service qui en est détenteur l'obligation d'accueillir toute personne qui s'adresse à lui dans la limite de sa spécialité et de sa capacité autorisée et lui donne droit à un financement au titre des personnes qu'il accompagne et des sujétions particulières qui lui sont imposées. Seule l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale entraîne la tarification du service par le conseil départemental qui fixe les prix des prestations et détermine l'affectation du résultat (notamment la reprise de l'excédent le cas échéant). On précise à ce stade du rapport que la tarification d'un service par le département s'entend comme le financement du premier par le second, par le versement d'une dotation globale ou d'un tarif horaire.

L'autorisation peut être délivrée sans habilitation à l'aide sociale. Dans ce cas, le service, s'il y est spécifiquement autorisé, peut intervenir auprès des bénéficiaires de l'APA ou de la PCH (c'est le cas des services ex-agréés ayant basculé dans le régime de l'autorisation). Ces services autorisés mais non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, ne sont pas soumis à la procédure de tarification par le conseil départemental et sont libres de la fixation de leurs prix dans la limite d'un taux d'évolution fixé par arrêté. Ils disposent librement de leurs résultats.

Enfin, les services peuvent solliciter une autorisation qui n'emporte ni habilitation à l'aide sociale ni autorisation d'intervenir auprès de bénéficiaires de l'APA ou de la PCH. Dans ce cas, le service ne bénéficie d'aucun financement public direct ou indirect et est autorisé dès lors qu'il satisfait aux normes techniques prévues par la réglementation et prévoit des démarches d'évaluation de l'activité. La plupart de ces services interviennent essentiellement

auprès de publics dont le degré de dépendance est limité (GIR 5 et GIR 6), et peuvent notamment bénéficier de financements des caisses locales de retraite (CARSAT), dont il sera fait mention un peu plus loin.

Historiquement, la plupart des services autorisés par les conseils départementaux appartenaient à la première catégorie (celle des services habilités à l'aide sociale), le recours à l'agrément étant plus fréquent dans les autres cas. Cette lecture historique du régime de l'autorisation semble expliquer un certain nombre de confusions de la part des différents acteurs sur les conséquences de la bascule des services dans le régime de l'autorisation, notamment en matière de tarification des services.

Le terme de **tarification** est en effet souvent indifféremment employé pour qualifier :

- les tarifs définis par les conseils départementaux pour les services autorisés et habilités dans le cadre de la procédure de tarification prévue par le code de l'action sociale et des familles ;
- les tarifs de référence définis par arrêté par les conseils départementaux pour la valorisation des heures prévues au plan d'aide APA en cas de recours à un service non habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Il semble important à ce stade de rappeler que la définition du plan d'aide APA à destination des usagers inclut la participation financière de ces derniers, en fonction de leurs ressources, sous la forme d'un ticket modérateur.

Ce système est extrêmement complexe à comprendre, du fait de l'existence de ces différents tarifs et de la confusion souvent observée sur les tarifs de référence et la pluralité des tarifs administrés, qui est souvent apparue lors des différentes rencontres⁶.

La confusion entre ces deux notions nécessite donc une précision quant aux termes qui seront utilisés dans le cadre de ce rapport. On s'intéressera au modèle de financement des SAAD par les conseils départementaux de manière globale qui recouvre les deux notions exposées ci-après.

Dans le cas des services autorisés et habilités à l'aide sociale, la notion de **tarification** s'applique, par référence à la procédure de tarification applicable aux services d'aide et d'accompagnement à domicile. Elle se traduit par la fixation du tarif appliqué par le service à ses usagers par le président du conseil départemental à l'issue d'un dialogue annuel sur les comptes⁷. Ce tarif correspond au coût de revient du service. Ce tarif, appliqué par le SAAD aux personnes qu'il accompagne, est également le tarif pris en compte pour valoriser les heures du plan d'aide APA. Le code de l'action sociale et des familles prévoit en effet que les dépenses des services autorisés et habilités à l'aide sociale liées à l'activité sociale et médico-sociale sont prises en charge par le département sous la forme de tarifs horaires⁸. Le

⁶ Ce constat a été confirmé lors des auditions de l'IGAS-IGA et de l'IGF, qui ont pu faire la même observation dans le cadre de leurs missions respectives.

⁷ Articles R.314-130 à R.314-136 du code de l'action sociale et des familles

⁸ Article R.314-105 du code de l'action sociale et des familles

financement du service par le conseil départemental est alors assuré sur la base du tarif de ce SAAD, par la valorisation des heures d'aide à domicile prévues au plan d'aide du bénéficiaire de l'APA recourant à ce service habilité à l'aide sociale et tarifé. Ce système permet ainsi que le ticket modérateur acquitté par les personnes que le SAAD accompagne soit uniquement la participation prévue dans le cadre du barème de l'APA et s'inscrit dans l'esprit de l'habilitation à l'aide sociale qui vise à garantir l'accès aux services de tous les bénéficiaires, notamment pour les plus modestes. Ce principe de prise en compte du tarif du SAAD autorisé et habilité à l'aide sociale pour la valorisation des heures d'aide humaine est explicitement prévu pour les interventions solvabilisées par la PCH⁹. Le tarif fixé par le conseil départemental est alors **une modalité de financement du service qui correspond, en application de la lettre et de l'esprit de la réglementation, au tarif de référence utilisé pour la valorisation des plans d'aide.**

Dans le cas des services autorisés mais non habilités, le conseil départemental ne tarifie pas le service qui fixe librement ses prix. En effet, les prix de ces services évoluent chaque année sur la base d'un arrêté des ministres en charge de l'économie et des personnes âgées¹⁰, fixant le taux maximum d'évolution. La notion de **tarif de référence, comprise comme le tarif régissant la définition du plan d'aide APA, est dans ce cas la seule applicable, puisque ces services ne sont pas tarifés, c'est-à-dire financés, par le conseil départemental**. Les règles de détermination du montant du plan d'aide APA prévoient en effet que la valorisation des heures d'aide à domicile est opérée en fonction de tarifs arrêtés par le président du conseil départemental, notamment selon que la personne ait recours à un service prestataire, un service mandataire ou un emploi direct. Ces tarifs tiennent compte des statuts publics, des conventions collectives ou accords d'entreprise applicables aux salariés concernés. Dans les hypothèses où le bénéficiaire de l'APA recourt à un intervenant dont les prix sont libres ces dispositions permettent de prendre en compte le coût moyen d'intervention sans que les prix pratiqués par ces services soient totalement pris en compte. Les conseils départementaux n'exercent en effet aucun contrôle sur les modalités de fixation de ces prix, librement négociés dans le cadre du contrat entre le SAAD et le bénéficiaire. Il apparaît dès lors logique que ces prix ne soient pas opposables aux conseils départementaux. Dans ce cadre, les tarifs fixés par les conseils départementaux sont uniquement un mode de **solvabilisation des personnes accompagnées par les SAAD.**

L'unification du régime juridique des SAAD opérée par la loi ASV se traduit donc par la soumission de l'ensemble des services aux mêmes obligations en termes de contrôle et de qualité de l'accompagnement dans un souci de protection des publics fragiles que ces services accompagnent. Cette unification n'emporte toutefois pas uniformité des situations des SAAD, ceux-ci étant régis par des règles spécifiques en fonction des contraintes qu'ils supportent.

Cette unification du régime juridique renforce le rôle du conseil départemental en matière de pilotage de l'offre d'aide à domicile, l'autorisation de l'ensemble des SAAD prestataires étant

⁹ Arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs de l'élément de la prestation de compensation mentionné au 1^o de l'article L.245-3 du code de l'action sociale et des familles

¹⁰ Article L. 347-2 du CASF

désormais de sa responsabilité. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a mis en place dans le même esprit de nouveaux outils.

Evolutions introduites par la loi ASV dans le secteur de l'aide à domicile : les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

La loi ASV prévoit la possibilité pour les services d'aide à domicile et les conseils départementaux de conclure des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens dans le but de favoriser la structuration de l'offre et la mise en œuvre des missions au service du public des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Ces contrats, conclus pour une durée de 5 ans, n'ont pas été rendus obligatoires par la loi mais sont une faculté offerte aux conseils départementaux et aux services. Ils précisent notamment :

- les catégories de bénéficiaires, le territoire desservi, les modalités horaires de prise en charge, les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre, les objectifs de qualification et de promotion professionnelle ;
- les paramètres de calcul, de contrôle, de révision et de récupération des financements alloués par le département, les modalités de calcul de l'APA et de la participation des usagers ;
- les modalités de participation aux actions de prévention de la perte d'autonomie, de la maltraitance et de promotion de la bientraitance ;
- la nature et les modalités de la coordination avec les autres organismes à caractère social, médico-social ou sanitaire en vue de l'optimisation des parcours ;
- les critères et le calendrier d'évaluation des actions conduites.

Ces CPOM peuvent être conclus avec les services tarifés ou non, à condition que ces services preistent auprès de bénéficiaires de l'APA ou de la PCH. Ils permettent une sécurisation des financements publics, le CPOM spécifique aux SAAD valant mandatement au sens du droit européen.

Ce CPOM spécifique aux SAAD peut cependant être articulé avec d'autres types de CPOM. Ainsi, au-delà du CPOM de droit commun relevant de l'article L. 313-11 du CASF et pour amplifier la dynamique de la contractualisation, la loi ASV a prévu diverses mesures en faveur d'une généralisation de la contractualisation pour le secteur des personnes âgées.

L'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a en effet substitué le CPOM à la convention pluriannuelle, dite tripartite, des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ce CPOM relevant du IV ter de l'article L. 313-12 du CASF peut inclure d'autres catégories d'établissements ou de services mentionnés au I de l'article L. 312-1 du CASF, lorsque ces derniers sont gérés par un même organisme gestionnaire et relèvent du même ressort territorial. La réforme de la contractualisation des EHPAD et des petites unités de vie (PUV) va s'opérer sur une durée de 5 ans à compter du 1^e janvier 2017.

Dans le champ du handicap, l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016 prévoit que les établissements et services du secteur personnes handicapées sous compétence exclusive ou conjointe des ARS ainsi que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) doivent signer un CPOM, sur la base d'une programmation arrêtée par le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental. Une période transitoire de 6 ans est prévue pour la mise en œuvre de ces dispositions (du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2021). Ainsi, au niveau du territoire départemental, un CPOM par organisme gestionnaire devra être signé avec les ESMS relevant des catégories mentionnées à l'article L. 313-12-2 du CASF.

Evolutions introduites par la loi ASV dans le secteur de l'aide à domicile : les services polyvalents d'aide et de soins à domicile

Créés par le décret du 25 juin 2004 et codifiés à l'article D. 312-7 du CASF, les SPASAD apportent à la fois un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et des soins aux personnes âgées, aux personnes handicapées et aux personnes atteintes de pathologies chroniques à domicile. Ils assurent les missions d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les missions d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD).

Les SPASAD constituent un maillon essentiel de la prise en charge à domicile des personnes fragilisées. Cependant, plus de dix ans après leur création, on a constaté un faible développement et une répartition inégale de ces structures sur le territoire, une coordination insuffisante entre les missions de soins infirmiers, d'aide et d'accompagnement à domicile ainsi qu'un développement limité de leurs actions de prévention.

Afin de donner une nouvelle dynamique à ces structures, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement met en place à l'article 49 une expérimentation de SPASAD intégrés qui prévoit en conséquence des constats ci-dessus, une évolution des modalités d'organisation, de fonctionnement et de financement des SPASAD afin d'inciter au développement de ces structures. Il s'agit de tester une organisation et un fonctionnement intégrés qui assurent une plus grande mutualisation des organisations et des outils, et au-delà, une intégration des prestations au bénéfice de la qualité de l'accompagnement global de la personne et de la promotion de la bientraitance. Au 15 mars 2017, 13 ARS sur les 16 participantes ont terminé l'instruction de leur appel à candidature sélectionnant 350 SPASAD pour entrer dans l'expérimentation. Une véritable dynamique de dialogue local s'est instaurée, elle s'illustre au travers de l'installation des comités de pilotages régionaux, des liens avec les conférences des financeurs ou encore de l'instruction commune des candidatures à l'expérimentation et du projet de signature commune des CPOM-SPASAD dans certaines régions. Un décloisonnement de l'offre d'aide et de soins sur les territoires s'amorce, permettant le rapprochement de services complémentaires tournés vers une prise en charge globale et de qualité, des besoins des personnes accompagnées.

La DGCS a proposé une liste d'indicateurs, concertés dans le cadre du Comité de pilotage national « refondation des services à domicile ». Ces indicateurs ont été diffusés aux ARS et à

l'ensemble des acteurs. Les ARS et les départements se proposent le plus souvent de les annexer aux CPOM-SPASAD.

Cette nouvelle organisation ne fait pas obstacle à l'entrée des SPASAD expérimentateurs dans d'autres expérimentations, notamment celles relevant du plan maladies neurodégénératives 2014-2019.

B - Incompréhensions et difficultés d'application du nouveau régime introduit par la loi ASV : premiers éléments de constat sur les pratiques disparates des conseils départementaux en matière de tarification et d'organisation de l'offre

Des stratégies d'organisation de l'offre différentes face à la bascule de tous les SAAD dans le champ de l'autorisation

La réforme du régime des SAAD a été souhaitée par les différents acteurs. Toutefois, les manières de l'appliquer sont diverses selon les départements. Cette disparité s'explique à la fois de par l'hétérogénéité structurelle des départements (caractéristiques socio-culturelles de la population, caractéristiques géographiques du territoire) mais aussi par le nombre de services ex agréés ayant basculé dans le régime de l'autorisation. Ce nombre varie ainsi en fonction des territoires d'une dizaine de SAAD à presque 200. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement est récente, et les départements sont donc encore dans une phase d'appropriation des nouveaux dispositifs et notamment de prise en compte des services anciennement agréés désormais placés sous leur responsabilité. L'arrivée parfois massive de services dans le champ de l'autorisation peut pousser certains départements à repenser complètement leur politique en matière d'aide à domicile. L'implantation et le profil des structures sont aussi variables selon les départements avec une prédominance historique des services associatifs dans certains, une place plus importante des SAAD publics pour d'autres ce qui explique également les différences d'orientation en matière de régulation de l'offre. Les entretiens effectués dans le cadre de la mission ont confirmé la grande diversité d'application de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement au sein des départements¹¹. Sur les 8 départements rencontrés, il est possible de modéliser trois types d'organisation de l'offre de service à domicile.

Modèle 1 : Dans ce modèle, qui concerne 5 des 8 départements rencontrés, le conseil départemental procède à une tarification individualisée pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et à la fixation d'un tarif de référence pour la valorisation des plans d'aide APA dans le cas où l'usager a recours à un service d'aide et d'accompagnement non habilité. Ce tarif est différent de celui retenu pour les services habilités, pour lesquels la valorisation du plan d'aide APA est

¹¹ Ce constat a également été fait par l'IGAS-IGA et l'IGF lors des rencontres effectuées dans le cadre de leurs missions.

faite sur la base du tarif fixé pour chaque service par le conseil départemental. La manière de fixer le tarif de référence applicable varie selon les départements :

- dans deux départements il existe un tarif de référence pour la semaine et un autre pour les weekends et jours fériés ;
- dans un autre, le tarif de référence a été déterminé après une analyse des coûts supportés par les servies et correspond à la moyenne des coûts des services habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ;
- un département aligne son tarif de référence sur le tarif CNAV, ou sur le prix du SAAD lorsque celui-ci a un tarif inférieur ;
- un département a un tarif de référence différencié pour les SAAD publics et les SAAD privés à but lucratif ou non ainsi que pour les week-end et jours fériés.

Ces départements, s'ils ont la même approche du financement des services, n'en sont pas pour autant tous au même stade dans le développement des outils offerts par la loi. Ainsi, peu ont déjà signé des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec leurs SAAD, et si tous ces départements ont entamé une réflexion quant à la structuration de l'offre de services à domicile sur leur territoire, ils n'ont pas encore tous réalisé de diagnostic territorial.

Modèle 2 : Dans ce modèle qui concerne un département sur ceux rencontrés, le département procède également à une tarification individualisée pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et, à la fixation d'un tarif de référence pour les usagers ayant recours à un SAAD non habilité. Le département a cependant décidé de sortir de ce système en incitant les services habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale à demander le retrait de cette habilitation. Cette stratégie passe par une mise sous tension financière des SAAD habilités par le biais de la fixation annuelle de la tarification, généralement inférieure au coût de l'année précédente. L'objectif du département est de ne plus avoir aucun SAAD habilité à l'aide sociale à l'horizon 2018. Parallèlement, le conseil départemental envisage de fixer des tarifs de référence uniques, applicables à tous les services et différenciés selon leur statut (public, privé lucratif, associatif). Les plans d'aide des bénéficiaires de l'APA seraient alors valorisés à partir de ce tarif, exception faite des bénéficiaires ayant les revenus les plus modestes (le seuil applicable n'étant pas encore fixé), pour lesquels le plan d'aide serait valorisé sur la base du tarif pratiqué par le service auquel ils décident de faire appel, de manière à ne pas leur imposer de reste à charge.

Modèle 3 : Dans ce troisième modèle, qui concerne deux départements sur ceux rencontrés, les départements ont fait le choix d'opter pour le passage à un tarif de référence unique, applicable à tous les SAAD de leurs territoires, qu'ils soient ou non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Ces départements s'appuient alors sur la concurrence pour réguler les prix sans pour autant engager formellement de procédure de retrait de l'habilitation. Le choix de ce modèle peut résulter d'une double considération qui serait à la fois la tentation de réduire les dépenses du département en arrêtant de financer les SAAD habilités tarifés mais aussi la peur que la différence de traitement entre les secteurs (secteur administré et secteur libre) soit analysée comme une discrimination. Cette orientation peut en

partie résulter d'une mauvaise lecture du régime de l'autorisation, qui n'est pas un régime unique mais recouvre différentes situations comme cela a été exposé plus haut.

Le choix de ne plus recourir à des services habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale risque d'entraîner l'apparition de sur-tickets modérateurs et pourrait conduire à l'augmentation du reste à charge acquitté par les personnes accompagnées, normalement déjà établi sur des critères de ressources financières lors du calcul du ticket modérateur. Ce choix a un effet anti-redistributif, le barème APA qui tient compte du niveau de revenu des personnes bénéficiaires, ne s'appliquant pas à ce ticket modérateur supplémentaire. Cette pratique est en contradiction avec l'esprit de la réforme de l'APA mise en place par la loi ASV. En effet, des phénomènes de saturation des plans d'aide et de sous-consommation des plans d'aide par des bénéficiaires modestes en raison d'un niveau de participation financière trop élevé ont été constatés. La loi a donc souhaité améliorer l'accessibilité financière de l'aide pour tous en allégeant le reste à charge pour les plans d'aide les plus lourds grâce à la baisse du ticket modérateur. Le nouveau barème de l'APA garantit également qu'aucun bénéficiaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) n'acquitte de ticket modérateur.

Les pratiques visant à contourner le processus de tarification de l'offre posent également question pour l'avenir de l'offre de services d'aide à domicile existant sur le territoire. Une tarification sous-évaluée des structures mettrait celles-ci en situation de grande difficulté financière pouvant conduire à leur faillite. On verrait alors se développer des stratégies de rachat de ces associations par de grands groupes se saisissant de cette opportunité d'entrer dans le secteur en récupérant les autorisations antérieurement délivrées. A terme, il existe un risque non négligeable de voir se développer sur certains territoires des situations de monopoles de ces services en capacité de ce fait d'imposer leurs tarifs. La diminution de la tarification des services peut sembler une réponse immédiate à la charge que représentent les dépenses sociales dans le budget des départements, mais pourrait conduire à des situations qui ne seraient souhaitables ni pour le conseil départemental ni pour les personnes accompagnées.

Illustration de l'influence du recours à un SAAD tarifé ou non sur le reste à charge d'un bénéficiaire de l'APA :

Une personne en GIR 2 a un plan aide APA de 58 heures par mois. Elle a un niveau de revenu de 1000 euros mensuel. En application des barèmes APA, sa participation s'élève à 4.08%.

Hypothèse 1 : Ce bénéficiaire de l'APA fait appel à un SAAD prestataire autorisé et habilité à l'aide sociale. Ce SAAD est tarifé à hauteur de 23 euros de l'heure. Il doit donc s'acquitter d'un montant de 54.4 euros par mois ($58 \times 23 \times 4.08\%$).

Hypothèse 2 : Ce bénéficiaire de l'APA fait appel à un SAAD prestataire autorisé, non habilité à l'aide sociale, donc non tarifé par le conseil départemental. Ce SAAD pratique un tarif de 23 euros de l'heure qu'il a seul décidé. Le tarif de référence de l'APA pris en charge par le conseil départemental est de 20 euros par heures, soit 3€ de moins que le tarif horaire

du service. Il doit alors s'acquitter d'un montant de 221,3 euros par mois (47,3 euros de participation au titre de l'application du barème APA + 58x3 euros non pris en charge par le conseil départemental).

Autres pratiques observées : des mesures de régulation contestables

L'orientation des bénéficiaires de l'APA vers le mode mandataire

Un département a fait le choix d'une orientation privilégiée vers le mode mandataire par les équipes médico-sociales du département dans le cadre de la détermination du plan d'aide APA plutôt que vers des services prestataires. Or, la personne âgée dispose du libre choix quant au mode d'intervention (prestataire, mandataire, gré à gré) et au service auquel elle souhaite avoir recours. Le recours subi au mode mandataire n'est pas sans conséquence pour la personne âgée, celle-ci étant dans ce cas l'employeur de son salarié à domicile. L'imposition de ce mode d'intervention est d'autant plus problématique s'agissant de personnes âgées en perte d'autonomie en situation de fragilité ou d'isolement. **Il convient de rappeler que les départements ne peuvent se soustraire à l'obligation du respect des droits de la personne âgée** sous prétexte d'une volonté de faire évoluer le secteur ou de réduire l'impact des dépenses d'APA sur leur budget.

L'instauration de « tickets modérateurs » supplémentaires

En ce qui concerne l'APA, qui est consacrée comme une allocation universelle, on ne peut pas empiler des dispositifs qui viseraient à contourner la notion de ticket modérateur par la création de reste à charge supplémentaire. Or, il a été porté à l'attention de la mission l'existence de pratiques visant à reporter sur les bénéficiaires de cette allocation une partie du financement devant être assuré par les départements. Ainsi, certains départements ont instauré une participation forfaitaire de l'usager, comme explicité dans l'exemple ci-dessous.

Un département a un tarif de valorisation du plan d'aide APA de 18 euros. Le bénéficiaire de l'APA a un taux de participation de 40% en application du barème de l'APA. Le département verse au service intervenant 60% de 17 euros par heure d'intervention, les 1€ supplémentaires devant être payés par le bénéficiaire directement au service, en sus de sa participation dans le cadre de son plan d'aide.

L'absence de versement aux SAAD de la compensation des accords de la Branche de l'aide à domicile (BAD)

L'avenant à l'accord de la branche de l'aide à domicile du 29 mars 2002 prévoit une revalorisation de la valeur du point de 1% pour l'ensemble des salariés de la branche. Cet avenant a été agréé à la fin de l'année 2014. Cette revalorisation constitue une charge nouvelle pour les départements qui doivent tenir compte de cet avenant à la fois dans le cadre

de la tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile et dans la valorisation des heures d'aide à domicile dans le cadre de l'APA. En effet, en ce qui concerne les SAAD tarifés, le code de l'action sociale et des familles prévoit que les conventions ou accords collectifs applicables aux salariés des services sociaux et médico-sociaux à but non lucratif s'imposent aux autorités compétentes en matière de tarification. D'autre part, en ce qui concerne les SAAD non tarifés, le code prévoit que le tarif arrêté par le président du conseil départemental pour la valorisation des plans d'aide APA tient compte des conventions collectives ou accords de travail applicables aux salariés de la BAD. Les conséquences financières de cet accord ont en outre été compensées par le versement de la seconde part de concours APA aux départements, alors même que l'État n'y était pas juridiquement tenu. Toutefois, certains départements n'ont pas reversé cette compensation aux services concernés.

Revalorisation des accords BAD et textes applicables en matière de tarification

Au-delà des départements n'ayant pas du tout reversé la compensation financière reçue au titre des accords BAD, se pose la question des marges de manœuvre de ceux-ci au vu des règles applicables en matière de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Le code de l'action sociale et des familles prévoit que le président du conseil départemental tient compte d'un certain nombre d'éléments dans la détermination du tarif du SAAD habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale : rémunération des différentes catégories d'intervenants, dépenses de structures dont les frais de gestion, de direction, de déplacement. Un certain nombre de catégories est ainsi déterminé mais une marge de manœuvre est laissée aux départements dans la manière dont ils les prennent en compte lors du dialogue budgétaire. On peut alors se demander ce qui empêcherait un département de compenser les effets de l'accord BAD tout en restreignant ses financements sur d'autres catégories de dépenses et ainsi de ne pas répercuter le bénéfice de la compensation versée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Le crédit d'impôt pour l'emploi d'une personne à domicile

La loi de finances pour 2017 a généralisé le crédit d'impôt pour l'emploi de salariés à domicile à l'ensemble des ménages. Les retraités pourront donc désormais en bénéficier, ce qui n'était pas le cas auparavant. Cette disposition avait pour but de permettre aux ménages aux revenus modestes de faire baisser les dépenses à leur charge. Il est toutefois ressorti des différents entretiens que certains conseils départementaux, notamment deux parmi ceux rencontrés, s'appuient sur cette disposition pour justifier l'augmentation du reste à charge résultant de leurs choix en matière de structuration du secteur de l'aide à domicile, cette augmentation étant dans leur logique compensée par le crédit d'impôt. Cette approche est problématique à plusieurs égards. Tout d'abord, elle neutralise l'effet de la mesure et son objectif de diminution des charges supportées par les personnes qui en sont bénéficiaires. **En outre, les personnes accompagnées ne percevront les effets du crédit d'impôt qu'après le paiement de leur plan d'aide**, or celles-ci ayant des ressources faibles, elles ne sont pas nécessairement en capacité de faire face à la dépense supplémentaire que constitue l'augmentation de leur reste à charge. Enfin, elle revient à reporter une partie du financement de l'APA, supportée par les conseils départementaux sur un financement étatique par le biais

des mesures fiscales, alors même que des mécanismes de compensation de ces dépenses existent d'ores et déjà.

Les premiers constats sur l'application de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement mettent en exergue un certain nombre de difficultés et de points de vigilance. Ces difficultés peuvent être expliquées par le fait que la loi a apporté de profondes modifications dans la manière d'envisager le secteur de l'aide à domicile. Ces évolutions n'ont pas toujours été anticipées par les conseils départementaux, ce qui s'ajoute à la complexité de la réglementation. S'il est naturel, s'agissant d'une politique décentralisée, que son application diffère selon les départements en fonction des caractéristiques qui leur sont propres, elle ne doit pas oublier le sens de la réforme visant à améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées souhaitant rester vivre à leur domicile. Il s'avère donc nécessaire pour s'assurer de l'atteinte des objectifs tant en termes de refondation du secteur que d'amélioration de l'accompagnement des personnes de continuer l'accompagnement des conseils départementaux dans l'appropriation et la mise en œuvre de la réforme. Toutefois, certains départements ont bien saisi les nouveaux outils mis à leur disposition et se sont lancés dans de réelles réflexions sur l'organisation du secteur suite à la réalisation de diagnostics territoriaux. Il ressort des différents entretiens qu'il existe peu de communication entre les départements sur ce sujet, il faudrait donc pouvoir développer les échanges entre départements de manière à constituer des espaces de partage des bonnes pratiques.

C – Des réussites néanmoins sur certains territoires

Certains départements ont d'ores et déjà travaillé au pilotage de l'offre de services en se positionnant comme pilote et animateur du réseau, pour soutenir les services dans la mise en œuvre de préconisations issues de diagnostics territoriaux, établi dans un double objectif. D'une part, accompagner les regroupements de services par exemple à partir de l'élaboration d'outils communs, de réunions de sensibilisation thématiques, de l'impulsion d'actions transversales, etc. et d'autre part, se servir des préconisations individuelles issues des audits pour décliner le plan d'action selon les spécificités des services, lors du dialogue de gestion et/ou de réunions dédiées. Il s'agit également de renforcer les capacités d'observation du département sur le champ de l'aide à domicile, notamment sur l'offre, à travers l'outil de pilotage créé, tel que la synthèse annuelle de la situation des SAAD communiquée individuellement et lors d'une réunion dédiée. L'observation des besoins est également assurée par le suivi statistique annuel des taux de pénétration de l'APA et de la PCH par territoire.

De nouveaux outils et une véritable stratégie territoriale d'organisation de l'offre ont été développés par d'autres départements. Il s'agit d'une part, de soutenir la reconfiguration économique du secteur et d'accompagner les instances de gouvernance des services et, d'autre part, de réguler l'offre du secteur, valoriser les missions d'intérêt général, moderniser les outils et développer la souplesse dans la mise en œuvre des plans d'aide. Une telle initiative est développée dans la partie IV – Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

D - Typologie des questionnements des conseils départementaux et des services d'aide et d'accompagnement à domicile

Les auditions menées dans le cadre de la mission ont permis, après ce premier tour d'horizon des modèles de structuration de l'offre, d'aborder avec les conseils départementaux et les services d'aide et d'accompagnement à domicile les principales difficultés rencontrées par ceux-ci.

Eléments évoqués par les conseils départementaux : la compensation de la dépense

La plupart des conseils départementaux met en avant l'importance du poids des dépenses sociales dans leur budget et notamment des dépenses d'APA. Ce constat est confirmé par différents rapports de la Cour des Comptes¹². Il en ressort que les départements ont vu une augmentation de leurs charges de fonctionnement, notamment en raison de la croissance de leurs dépenses sociales, dont l'APA. En 2014, le total des aides à la personne et des frais d'hébergement représentait pour les départements 52% de leurs dépenses de fonctionnement, comme exposé par ce tableau tiré du rapport de la Cour des Comptes.

| <i>Aide sociale aux personnes âgées</i> | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 (p) | Évol. 2013-2014 | Évol. 2009-2014 |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------------|------------------------|
| Total bénéficiaires (1) | 1 278 500 | 1 314 800 | 1 347 800 | 1 376 800 | 1 403 800 | 1 420 100 | 1,2 % | 11,4 % |
| <i>Aide à domicile (APA, ACTP et PCH des 60 ans ou +, aides ménagères)</i> | 717 600 | 740 700 | 761 800 | 772 700 | 787 000 | 794 200 | 0,9 % | 10,7 % |
| <i>Aide à l'accueil en établissement (ASH, APA, accueil familial)</i> | 560 900 | 574 100 | 586 000 | 604 100 | 616 800 | 625 900 | 1,5 % | 11,6 % |
| Total dépenses brutes (2) | 7 564 | 7 838 | 7 979 | 8 162 | 8 201 | 8 341 | 1,7 % | 10,3 % |
| <i>dont Aide à domicile (APA, ACTP et PCH des 60 ans ou +, aides ménagères)</i> | 3 427 | 3 538 | 3 569 | 3 595 | 3 580 | 3 662 | 2,3 % | 6,9 % |
| <i>dont Aide à l'accueil en établissement (ASH, APA, accueil familial)</i> | 3 905 | 4 076 | 4 185 | 4 341 | 4 399 | 4 439 | 0,9 % | 13,7 % |

Source : DREES – enquête Aide sociale. (1) Les nombres de bénéficiaires sont estimés par la moyenne entre le nombre observé au 31 décembre n-1 et celui de l'année n. Le nombre de bénéficiaires désigne un nombre d'aides et non d'individus. (2) Dépenses en millions d'euros courants, évolution des dépenses en euros courants. Champ : France métropolitaine.

Pour mémoire, le principe de la compensation de la réforme de l'APA prévu par l'article 55 de la loi ASV modifiant l'article L14-10-6 du CASF, est celui de la compensation aux départements de leurs charges nouvelles liées :

- à la revalorisation des plafonds des plans d'aide, à la réforme du barème de participation financière des bénéficiaires ;
- aux mesures en faveur des aidants : instauration d'un module « répit » et possibilité de dépasser les plafonds de l'APA en cas d'hospitalisation de l'aidant ;
- à l'augmentation de la dépense d'APA générée par l'agrément, fin 2014, d'un avenant à l'accord de la branche de l'aide à domicile du 29 mars 2002 prévoyant une

¹² Cour des Comptes, Rapport sur les finances publiques locales de 2015, Rapport « Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie » de juillet 2016.

revalorisation de la valeur du point de 1% pour l'ensemble des salariés de la branche (« accords BAD »).

Cette compensation est mise en œuvre à travers la création d'une 2^{nde} part de concours APA, versée, comme le concours APA déjà existant, par la CNSA dans le cadre de la section II de son budget, abondée pour ce faire par une fraction du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), fixée à 55,9% de ce produit pour 2016 et à 70,5% de ce produit à compter de 2017. Le caractère dynamique de cette ressource nouvelle, affectée au financement de la réforme de l'APA, garantit la pérennité de la compensation. Les crédits de la 2^{nde} part du concours APA sont répartis entre les départements en fonction de l'estimation de leurs charges nouvelles et dans la limite des fractions de CASA précitées, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État.

Les modalités de compensation, qui résultent de la concertation avec les représentants des départements, confirmées ensuite lors de la discussion parlementaire, se distinguent de celles prévues jusqu'alors pour l'APA. Elles se caractérisent en effet par une compensation assurée globalement et pour chaque département et à hauteur de la dépense nouvelle.

La première part du concours obéit à des règles différentes avec un taux de couverture d'environ un tiers de la dépense d'APA des départements au niveau national et des critères de répartition tenant compte, non seulement de la dépense d'APA, mais aussi de la population des plus de 75 ans, du nombre de foyers bénéficiaires du RSA et du potentiel fiscal.

Les modalités de détermination du montant global de la 2^{nde} part du concours APA (I de l'article R.14-10-38-1 du CASF) sont fixées par le décret n°2016-212 du 26 février 2016 qui prévoit le calcul du montant global de la 2^{nde} part du concours APA à partir de l'évolution de la dépense d'APA à domicile entre 2015, dernier exercice avant l'entrée en vigueur de la réforme, et l'année au titre de laquelle le concours est attribué, à laquelle s'ajoute l'enveloppe de 25,65 M€ dédiée à la compensation de l'impact de l'accord de la BAD versée dès 2015 dans le cadre du concours APA, dans la limite de la fraction de CASA affectée à la section II du budget de la CNSA.

La stabilité de la dépense d'APA à domicile au niveau national ces dernières années (3 240 M€ en 2014) autorise à considérer que l'évolution de cette dépense permet de mesurer de manière satisfaisante, à la fois juste et simple pour les départements et pour l'État, le coût de la réforme de l'APA au plan national.

La répartition entre les départements des crédits de la 2^{nde} part du concours APA (II de l'article R.14-10-38-1 du CASF) est jointe en annexe 4.

A partir de la remontée par les départements au plus tard le 30 juin 2017, à la CNSA des états récapitulatifs de leurs dépenses d'APA, distinguant APA à domicile et APA en établissement, en septembre de cette même année, la CNSA calculera et notifiera le montant du concours définitif (global et par département) au vu de la dépense d'APA à domicile de l'année 2016.

Le tableau fourni par l'association des départements de France, présentant le niveau des dépenses supportées par les conseils départementaux en matière d'APA en 2014 et 2015 est joint en annexe 3.

De nombreux conseils départementaux ont également évoqué la charge de travail supplémentaire qui a résulté de la mise en œuvre de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement sur différents plans : bascule de tous les services d'aide et d'accompagnement à domicile dans le régime de l'autorisation, révision des plans d'aide APA, mise en place des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie ... Cette charge de travail supplémentaire, souvent supportée par les mêmes directions au sein des départements, peut expliquer que tous les départements n'aient pas encore réussi à mettre en œuvre tous les aspects de la loi.

Eléments évoqués par les services d'aide et d'accompagnement à domicile

Le recensement des difficultés évoquées lors des rencontres avec les services d'aide et d'accompagnement à domicile lors des différents entretiens a permis de classer celles-ci en différentes catégories.

Le premier type de difficultés rencontrées concerne le financement de ces services et leurs relations avec les conseils départementaux :

- certains conseils départementaux ne délivrent plus d'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ;
- le niveau de tarification du service par le conseil départemental est parfois inférieur au coût de revient du service, ce qui génère alors un déficit pour chaque heure d'intervention effectuée¹³ ;
- une réalité des coûts parfois mal prise en compte par les conseils départementaux mais également les caisses de retraite, notamment en ce qui concerne les moyens humains et techniques ;
- des tarifs PCH trop bas qui ne permettent pas de couvrir les frais des interventions ;
- des disparités d'application de la loi avec l'instauration dans certains départements d'un tarif unique ;
- un poids important de la convention collective de la branche d'aide à domicile et notamment du glissement vieillesse-technicité entraînant des charges qui ne sont pas toujours compensées ;
- des inégalités entre entreprises et associations liées aux différences entre les conventions collectives ;
- des retards dans le versement des heures APA et PCH qui entraînent notamment des difficultés à assumer les cotisations sociales ;
- les contraintes résultant du financement à l'heure ;

¹³ Ce constat est également présent dans le rapport de la Cour des Comptes sur « Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie » selon lequel des rapports de chambres régionales des comptes font ressortir des écarts parfois supérieurs à 3 euros par heure entre le prix de revient le prix facturé.

- l'absence de prise en considération des provisions pour congés payés ou pour risque dans les budgets qui ne sont financés qu'après étude des comptes administratifs ce qui conduit les services à faire des avances de trésorerie dont ils ne disposent pas toujours ;
- la prise en compte du poids des frais de déplacement dans les budgets des services.

La thématique liée à la qualification, à la formation et au recrutement des personnels a également été largement abordée par les services :

- difficulté à recruter des personnels de secteur formés (en particulier sur la législation sociale, l'optimisation des déplacements, la gestion des plannings) ;
- une connaissance trop parcellaire du secteur par Pôle Emploi ce qui nuit à la qualité des orientations vers les métiers de l'aide à domicile ;
- un manque de formation et de compétence des membres des conseils d'administration ;
- la difficulté à trouver des remplaçants lorsque l'équipe dirigeante est composée de bénévoles ;
- la difficulté à trouver des formations adéquates de proximité (l'offre de formation se concentre souvent sur les grandes villes) ;
- un manque de financement pour s'engager dans une réelle politique de formation des agents ;
- une mauvaise image des métiers de l'aide à domicile qui nuit à l'attractivité des métiers et pèse sur le recrutement ;
- la pénibilité du travail et la précarité des emplois.

Les services ont également évoqué un certain nombre de contraintes pesant sur l'organisation du service et notamment le fractionnement des plans d'aide qui complexifie l'organisation des plannings et pèse sur les coûts en augmentant les temps de déplacement ou encore la difficulté à financer des temps de coordination. Il arrive également parfois qu'il y ait un écart entre l'évaluation des besoins réalisée par l'équipe médico-sociale du département et les demandes formulées par la personne accompagnée au service.

De manière plus générale, les services indiquent que les interventions réalisées sont de plus en plus complexes et difficiles en raison d'une augmentation de la fragilité des personnes accompagnées. Ces interventions nécessitent donc d'être réalisées par des personnels qualifiés et parfois plusieurs fois dans la journée ce qui entraîne une augmentation du coût. Cette problématique se retrouve pour l'intervention auprès de personnes en situation de handicap. Le développement de ce type d'intervention nécessite une évolution des métiers afin que les intervenants soient formés sur les spécificités de ces publics, ce qui n'est pas toujours possible lorsque le taux de qualification des intervenants est fixé de manière trop stricte par les conseils départementaux.

Enfin, les services d'aide et d'accompagnement à domicile sont soumis de par la nature de leur activité à des fluctuations du nombre d'heures réalisées d'un mois sur l'autre et du nombre de bénéficiaires accompagnés qui ne sont pas toujours prévisibles : décès, entrées en

établissement, saisonnalité liée aux vacances et à la présence de l'entourage. Cette fluctuation peut créer des difficultés de gestion pour les services.

Ces points seront plus spécifiquement abordés dans les prochains chapitres du rapport.

Préconisations :

- **Poursuivre le suivi de la mise en œuvre de la loi et évaluer l'impact de la réforme des SAAD**
- **Mettre en place un observatoire commun au ministère des affaires sociales et à l'ADF sur les différentes pratiques observées dans les départements**
- **Développer les échanges entre conseils départementaux sur leurs modèles d'organisation de l'offre pour permettre la diffusion de bonnes pratiques**
- **Mettre en œuvre des formations pour les personnels des conseils départementaux après précision des attentes par le ministère des affaires sociales**
- **Informier sur les inconvénients liés à la déshabilitation totale à l'aide sociale des SAAD**
- **Réétudier les concours de l'État en direction des conseils départementaux plus spécialement fléchés vers les dépenses sociales et les allocations de solidarité notamment au vu des dépenses des conseils départementaux en 2016 (états récapitulatifs des dépenses annuelles des départements à la CNSA)**

II – Au fil des rapports : la tarification des SAAD, une question explorée depuis plusieurs années

De nombreux rapports ont déjà été rédigés sur le sujet des services d'aide et d'accompagnement à domicile, ce qui atteste que la réflexion sur la structuration du secteur et les difficultés financières rencontrées par les services ne sont pas nouvelles. Ces rapports ont déjà formulé un certain nombre de préconisations et exploré des pistes quant aux possibles évolutions du mode de tarification des services.

A - Retour sur les différents rapports sur l'aide à domicile et leurs apports

Différents rapports ont été rendus sur la question des services d'aide et d'accompagnement à domicile : mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles de MM. AUBE-MARTIN et de REBOUL et Mme BRUANT-BUISSON en 2010, mission relative aux difficultés financières de l'aide à domicile et aux modalités de tarification et d'allocation de ressources des services d'aide à domicile pour publics fragiles de Mme la députée POLETTI en 2012, rapport d'information sur l'aide à domicile de MM. les sénateurs WATTRIN et VANLERENBERGHE en 2014.

Tous ces rapports convergent sur le constat des difficultés économiques rencontrées par les services d'aide et d'accompagnement à domicile. Plusieurs causes de ces difficultés tant structurelles que conjoncturelles y sont identifiées. Ces services sont impactés par la contraction des financements publics et la baisse de leur volume d'activité, en partie liée à la réduction des plans d'aide APA. Les services ont également été impactés par la fluctuation du régime fiscal comme par exemple la suppression des exonérations de charges en 2011. Ces rapports soulignent des tarifs globalement insuffisants pour couvrir l'ensemble des coûts supportés par les services. Les règles observées d'un département à l'autre sont également fluctuantes, ce qui ne facilite pas l'analyse des difficultés de ces structures et apporte de la complexité au régime.

Au-delà de la question du financement, sont également mises en avant des raisons plus structurelles tenant au fonctionnement de ces services. L'organisation des services d'aide et d'accompagnement à domicile est assez rigide du fait de la prédominance des charges de personnel dans leur budget, ce qui est amplifié par le financement à l'heure. Il est de plus relevé une incapacité des financeurs à réguler le système et à rendre les services plus efficents, notamment du fait de l'absence de référentiel de coûts et d'indicateurs adaptés.

Enfin, ces rapports étaient unanimes pour dénoncer le régime du droit d'option et préconisent tous son abandon, en envisageant diverses solutions.

Ces constats rejoignent en grande partie ce qui a pu être observé dans le cadre de la mission et ce qui a pu être exposé plus haut. Un certain nombre de préconisations ayant déjà été mises en

place à la suite de ces rapports, il est ici intéressant de se pencher sur leurs résultats, de manière à dégager les pistes de ce qu'il reste encore à construire.

B - Bilan des préconisations issues de ces rapports

Résultats des préconisations mises en place : étude nationale de coûts et fonds de restructuration de l'aide à domicile

Une meilleure connaissance de la structure des coûts des SAAD est apparue au fil des rapports comme le préalable à une rationalisation de la gestion de ceux-ci. Dans ce cadre, une étude nationale de coûts a été commanditée par la Direction générale de la cohésion sociale en lien avec la CNSA en 2014. Cette étude a permis d'avoir une connaissance plus précise des facteurs influant sur le coût des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Elle détermine les composantes du coût horaire, 85% étant relatif aux charges de personnel, 10% aux charges de structures et de gestion, 4% aux impôts et taxes. Elle relève également un certain nombre de facteurs explicatifs de la variation du coût entre les différents services : la convention collective ou le statut pour la fonction publique territoriale, la taille du service (à lier à la part des charges de personnel par rapport aux charges de structure) et le taux de présence à domicile. D'autres facteurs tels que le profil des bénéficiaires auprès desquels intervient le service, l'existence de personnels bénévoles et le caractère urbain ou rural du périmètre d'intervention sont également évoqués.

Cette étude, réalisée sur 44 services, n'est pas extrapolable au secteur dans son ensemble. Elle donne toutefois les pistes d'une meilleure appréhension de la structure de coût des SAAD par les conseils départementaux et pourrait aider ces derniers dans la définition d'objectifs de gestion à destination des services de leur ressort. Cette connaissance doit cependant être affinée en fonction des caractéristiques de chacun des départements.

Au-delà des efforts à réaliser dans la gestion des services d'aide et d'accompagnement à domicile, une autre préconisation concernait l'aide financière à apporter au secteur de l'aide à domicile. Elle s'est traduite par la mise en place d'un fonds de restructuration de l'aide à domicile par la loi de finances pour 2012. Ce dispositif a été reconduit en 2013, 2014, et 2015. Il a permis d'accompagner 2040 services d'aide et d'accompagnement à domicile entre 2012 et 2016.

Si ces dispositifs d'aide exceptionnelle ont permis de pallier, dans l'urgence, les difficultés de financement des services et ont entraîné des améliorations en termes d'efficience organisationnelle et de qualité de l'accompagnement, ils n'ont pas permis d'engager une réelle réorganisation du secteur. Un nouveau dispositif a été mis en place cette année par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017. Ce nouveau fonds prolonge l'accompagnement du secteur mais ne se concentre plus sur les seuls services en difficulté financière. Il prévoit en effet de venir au soutien des bonnes pratiques des départements et des services, tant en termes de libre choix, de juste tarif de la prise en charge que de d'organisation des services et de conditions de travail des professionnels. Un financement est

également prévu à destination des conseils départementaux afin d'aider à la définition de leur stratégie territoriale dans le champ de l'aide à domicile. La mise en œuvre de ce fonds repose sur des conventions passées entre les départements et la CNSA puis la signature de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les conseils départementaux retenus et les services d'aide et d'accompagnement à domicile. Soixante-sept conseils départementaux ont déposé leur candidature, parmi eux, un certain nombre de départements rencontrés dans le cadre de cette mission.

Ce nouveau fonds devra être envisagé comme un levier permettant de mobiliser des financements au service d'une amélioration de la connaissance de l'offre sur les territoires et d'une meilleure organisation des services sur la base du dialogue entre le conseil départemental et les services bénéficiaires dans le cadre de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Les réponses à apporter aux difficultés du secteur ne pourront en effet se passer d'une réflexion de plus long terme sur les gains d'efficience à réaliser conjointement entre services et département, au-delà des subventions palliant les difficultés immédiates des services.

Le mode de financement des services à domicile : une réflexion à poursuivre

La question du modèle de financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile a été posée par les différents rapports au fil des années. Plus largement, s'il existe un consensus parmi les acteurs sur la nécessité d'entamer une réflexion sur le mode de tarification, les réponses proposées divergent cependant.

Ce consensus résulte en partie de la complexité du système actuel de financement. Celui-ci consiste en un financement public par les conseils départementaux des services habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Ce financement repose sur la tarification du service organisée autour d'une discussion budgétaire annuelle entre celui-ci et le conseil départemental et portant sur les charges supportées par le service l'année précédente. Les modalités de versement peuvent prendre plusieurs formes, soit le versement mensuel d'un montant correspondant au nombre d'heures effectuées valorisées sur la base du tarif fixé par le conseil départemental soit sous la forme d'une dotation globale de financement. Dans ce cas, la dotation est déterminée après examen des charges et des résultats de l'année précédente puis est versée par fraction forfaitaire. Ces modèles, qui reposent sur une discussion à partir des charges historiquement supportées par la structure, ne permet pas beaucoup de dynamisme dans la réflexion sur les moyens alloués aux services.

A cela s'ajoute le fait que ce financement est réalisé par le biais de la valorisation des plans d'aide des personnes accompagnées par le service. Comme cela a été exposé dans la première partie de ce rapport, se superposent alors la logique de la tarification qui consiste en une compensation des coûts du service par les financements publics et la logique de la solvabilisation des usagers dans le cadre de l'APA afin que ceux-ci puissent répondre à leurs besoins en fonction de leur niveau de dépendance et de revenu. La superposition de ces deux logiques est à l'origine de beaucoup des confusions rencontrées sur le sujet. Elle a l'avantage

de permettre de solvabiliser au mieux les usagers en prenant en compte le coût réellement payé pour l'intervention et par là même de garantir l'accès de tous, y compris des plus modestes, aux services. Elle peut toutefois également entraîner des effets pervers. En effet, lorsque la situation financière du service le nécessite, l'un des leviers d'action des départements est d'augmenter leur financement par une hausse du tarif appliqué par ces services. Le financement du département augmente alors mais également la participation des bénéficiaires. Une réflexion sur le mode de financement des services qui découplerait la logique de valorisation des plans d'aide et de solvabilisation des bénéficiaires, du financement des services pour les surcoûts entraînés par certaines interventions permettrait de pallier ces effets. Toutefois, il est important que cette réflexion ne se traduise pas par une baisse de financement des services qui se reporterait sur les usagers.

Afin de prévoir une mobilisation des financements publics plus efficiente, plusieurs modèles de financement ont pu être proposés. Les rapports remis sur le sujet l'ayant été avant la promulgation de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement ils ne prennent pas en compte la fusion des régimes juridiques des services au profit de l'autorisation.

Modèle de financement proposé par le rapport de Mme POLETTI¹⁴ : Panier type de prestations et financements complémentaires visant à compenser les surcoûts liés à des missions particulières

Ce modèle propose un renversement de la logique de tarification. Le financement passerait alors par une tarification horaire fixée sur la base d'une typologie d'interventions valorisées en fonction de leurs spécificités. La définition de cette typologie reposera sur la base de prestations types délivrées au domicile. Ce « panier type » de prestation serait alors valorisé selon le tarif déterminé pour l'ensemble des services d'aide et d'accompagnement à domicile et servirait de base au tarif appliqué au bénéficiaire, à la valorisation des heures du plan d'aide APA et donc au calcul de la participation acquittée par le bénéficiaire. Il s'agirait d'un tarif de référence de base pour les autorisés. Un complément de rémunération pourrait être versé aux services après contractualisation avec le département sur des obligations de remplir des missions particulières générant un surcoût pour le service : isolement géographique, isolement social, fragilité économique des personnes accompagnées. Ces financements supplémentaires pourraient être associés à des indicateurs de performance permettant de s'assurer de la bonne allocation des moyens comme par exemple un plafond kilométrique. Ce modèle n'a été expérimenté que dans un seul département.

¹⁴ Madame Bérangère POLETTI, Mission relative aux difficultés financières de l'aide à domicile et aux modalités de tarification et d'allocation de ressources des services d'aide à domicile pour publics fragiles, janvier 2012

Modèle de financement IGAS-IGF¹⁵ : financement défini en fonctions d'obligations de service public sur la base d'une contractualisation entre services et départements

Il est proposé que les financements soient définis en fonction du projet du service et des obligations de service public qu'il propose de remplir. Le coût de ces interventions ferait l'objet d'un dialogue de gestion qui se traduirait dans une convention d'objectifs et de moyens. Deux catégories de services seraient alors à distinguer. La première catégorie serait constituée des services d'aide et d'accompagnement à domicile prenant en charge les publics les plus fragiles (en fonction de leur niveau de dépendance ou de revenu) qui contractualiseraient avec le conseil départemental après avoir répondu à une procédure d'appel à projet entraînant leur tarification. La seconde catégorie concernerait quant à elle les services ne prenant pas en charge les cas les plus compliqués qui ne contractualiseraient pas avec le conseil départemental et ne serait pas soumis à la procédure de tarification. La fixation de la dotation des services, pour s'approcher au plus juste des coûts, serait effectuée à partir de deux tarifs horaires : un tarif portant sur les « aides à la personne » pour les prestations requérant des compétences spécifiques et un tarif portant sur les « aides à l'environnement ».

Modèle ADF : financement par forfait global et forfaitisation de la participation des usagers sur la base de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Le modèle proposé par l'ADF repose sur un financement des services par forfait global. Il s'agirait alors de déterminer en amont les moyens alloués au service dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Ces contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens fixeraient des objectifs de services aux structures, en cohérence avec les moyens alloués sur une période de 3 ans. La détermination des moyens serait effectuée sur la base d'une activité prévisionnelle prenant en compte le nombre de personnes accompagnées, leur niveau de dépendance et l'entourage moyen pondéré. Le forfait global rend possible une forfaitisation de la participation de l'usager. Celle-ci correspond à une logique « d'abonnement » dans laquelle la participation de l'usager est calculée sur la base d'un plan d'aide accepté par celui-ci et non plus sur la base des heures effectivement réalisées.

Les modèles proposés par l'IGAS-IGF et par l'ADF ont fait l'objet d'une expérimentation tarifaire en 2012. C'est toutefois le modèle proposé par l'ADF qui a surtout été expérimenté par les départements. L'évaluation de cette expérimentation réalisée par l'IGAS a permis d'en tirer un certain nombre d'enseignements.

La mise en œuvre de ce modèle n'a pas été uniforme dans tous les départements expérimentateurs. Dans tous les cas cependant, le calcul de la dotation globale s'est appuyé sur un nombre d'heures prévisionnel, une estimation de la participation des usagers et les tarifs de l'APA. Il est mis en avant que ce mode de financement a permis une fluidification de la trésorerie des SAAD, une sécurisation de leur financement annuel et une souplesse accrue

¹⁵ Inspection générale des affaires sociales et inspection générale des finances, Mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles, octobre 2010

dans la réalisation de leurs interventions. Les services ont cependant dû réaliser des efforts de rationalisation de leurs coûts et un certain nombre de prérequis ont été soulignés pour que l'expérimentation puisse réellement fonctionner, notamment concernant la procédure de signature des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et la mise en place de la télégestion.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et le forfait global¹⁶

Dans la continuité de l'expérimentation du modèle ADF, beaucoup d'attentes sont exprimées sur les possibilités offertes par le financement par forfait global des services d'aide et d'accompagnement à domicile sous forme de forfait global. Dans un article de 2016, Jean-Pierre Hardy demande que des textes d'application soient pris afin de permettre la définition de ce forfait global. Il propose dans ce cadre que le budget prévisionnel soit remplacé par un état prévisionnel des recettes et des dépenses. Le dialogue de gestion serait alors mené entre le conseil départemental et le SAAD mais inclurait également la CARSAT et l'agence régionale de santé, de manière à permettre que le CPOM inclue des financements au titre de la prévention. Ce dialogue de gestion devrait permettre d'analyser les écarts, un ajustement itératif des objectifs sur toute la durée du CPOM, l'imputation de certains forfaits en fonds dédiés (prévention, aide aux aidants, aides techniques, adaptation des logements) et l'affectation libre des résultats dans le respect des objectifs en matière de capacités d'autofinancement fixées dans le cadre du CPOM.

Position des fédérations nationales sur la tarification : des approches diverses

Lors des auditions les fédérations nationales de service à domicile se sont toutes prononcées en faveur d'une réflexion sur le modèle de financement des services mais les solutions proposées, qui révèlent les approches différentes des fédérations selon leur sensibilité, sont assez diverses :

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

¹⁶ Le forfait global d'un SAAD sous CPOM, journal du domicile n°85, décembre 2016

- les activités entraînant un surcoût supplémentaire par le biais de CPOM et la suppression de l’encadrement des taux d’évolution des prix ;
- la sortie du système de tarification horaire (FNAQPA).

Certains services rencontrés étaient également demandeurs d'une meilleure reconnaissance du coût des interventions dans la fixation des tarifs selon diverses modalités :

- recentrage des financements sur les publics fragiles, basé sur des indicateurs objectifs (GIR moyen pondéré, part du public en situation de handicap, part de l'aide auprès de personnes en GIR 5 et 6, reconnaissance des problématiques spécifiques comme les addictions ou les troubles psychologiques) ;
- mise en place d'une double tarification : un tarif pour les auxiliaires de vie et un tarif pour les aides à domicile qui prendrait donc en compte le niveau de qualification de l'intervenant et les caractéristiques des prestations rendues. Certains autres services rencontrés estiment cependant que ce système serait trop complexe et ne pourrait réellement être applicable.
- un tarif unique négocié prenant en compte les charges de structure définies à partir d'un certain nombre de ratios (taux d'encadrement...).

L'ensemble des positions sur le sujet de la tarification reflète la nécessité d'une réflexion sur une meilleure allocation des moyens publics au service d'une efficience et d'une qualité accrue des services d'aide et d'accompagnement à domicile, même si les modalités pour y parvenir peuvent diverger. **Cette réflexion sur la question de la tarification n'étant pas aboutie, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement ne s'est pas saisie de cette question.**

Il ressort qu'un certain nombre de difficultés subsistent pour repenser le modèle de financement des services. Il n'est tout d'abord pas certain que tous les services soient en capacité d'y faire face, l'ensemble du secteur n'ayant peut-être pas encore atteint sa maturité en termes de gestion prévisionnelle et d'outils. Compte tenu des difficultés de certains services, un réel accompagnement devra donc être réalisé pour réussir à refonder le modèle de financement.

Un autre des freins identifiés, est la difficulté à sortir du raisonnement horaire dans le financement des services. Comme a pu le souligner le rapport de l'IGAS sur les expérimentations tarifaires, la plupart des départements expérimentateurs ayant mis en place un forfait global se sont appuyés sur un nombre d'heures prévisionnel. Comme cela a été évoqué plus haut, la tarification horaire pèse sur les structures du fait de la fluctuation intrinsèque de leur activité. Toutefois, les plans d'aide APA sont définis en nombre d'heures. La sortie de la tarification horaire doit donc avoir pour préalable le développement de solutions permettant un contrôle d'effectivité efficace, afin de s'assurer que les usagers bénéficient bien des interventions auxquelles ils ont droit.

Enfin, la plupart des modèles proposés reposent sur la détermination d'un « juste prix de la qualité ». Or, si l'étude nationale de coût a permis d'avoir une connaissance plus précise de la structure de coût des SAAD, elle ne peut pour autant être extrapolée à l'ensemble du secteur et ne résout pas réellement la question des moyens nécessaires à la réalisation d'une intervention de qualité. Cette difficulté à déterminer le coût d'une telle intervention s'explique en partie par la multiplicité des facteurs à prendre en compte : profil des publics accompagnés, ratios d'encadrement, taux de qualification, temps de déplacement, caractéristiques des territoires d'interventions, impact des conventions collectives, rémunération des salariés... Ce coût est donc nécessairement variable d'une structure à l'autre et est également lié à l'implantation territoriale des services. Des études similaires¹⁷ visant à déterminer le coût des interventions ont d'ailleurs été menées sur différents territoires pour avoir une analyse plus ciblée de la compensation horaire des coûts des services.

Une réflexion sur le mode de financement des services doit en conséquence être engagée, sur la base notamment des différentes pistes précitées en y associant tous les acteurs concernés (conseils départementaux, services d'aide et d'accompagnement à domicile et usagers) et sans laisser de côté les spécificités territoriales de mise en œuvre de la politique de maintien à domicile. Cette réflexion ne saurait conduire à une augmentation du reste à charge supporté par les personnes accompagnées, le financement public de l'aide à domicile ayant pour objectif premier et fondamental la réponse aux besoins des personnes de manière à leur permettre de vivre chez elles le plus longtemps possible et dans les meilleures conditions.

Enfin, dans le cadre de cette réflexion, il serait intéressant de se pencher sur l'opportunité d'un dispositif d'habilitation partiel à l'aide sociale des SAAD tel qu'il existe notamment pour les EHPAD¹⁸.

Certaines avancées de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement telles que la mise en place des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile intégrés sont de nature à apporter de premières réponses aux observations formulées ci-dessus. Ces pistes seront examinées de manière plus approfondie dans la suite de ce rapport.

Enfin, la Cour des comptes dans son rapport thématique sur le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie¹⁹, relève que le chiffrage du coût global du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes est imprécis. Elle estime qu'une plus grande exactitude est nécessaire, car ce chiffrage doit permettre d'éclairer les choix des politiques publiques en fonction des niveaux de dépendance des personnes âgées, qu'il s'agisse de l'élaboration de l'offre de services ou des prestations qui leur sont destinées.

¹⁷ Décomposition des couts horaires d'intervention à domicile, P. Pichery, annexe X

¹⁸ Article L. 342-3-1 du CASF

¹⁹ Rapport de la Cour des comptes « Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie » de juillet 2016.

Préconisations :

- **Installer un groupe de travail national sur la tarification des SAAD incluant la DGCS, l'ADF, les gestionnaires des SAAD et la CNSA et notamment réfléchir sur le découplage entre valorisation de l'APA et financement des services ou encore aux mécanismes d'habilitation partielle à l'aide sociale**
- **Stabiliser les mécanismes de fiscalité applicables au secteur de l'aide à domicile**
- **Mettre à disposition des données sur les écarts de coût entre accompagnement à domicile et en établissement à partir notamment des travaux d'ores et déjà réalisés par la DREES.**

III – Au-delà du modèle de financement des services : une nécessaire évolution de l’organisation et de la gestion des structures

S'il est nécessaire de repenser le mode de financement des services, un certain nombre d'autres facteurs méritent d'être abordés pour aboutir à un meilleur équilibre économique des structures. Ainsi, il est également possible d'agir sur l'organisation interne des services pour réaliser des gains en termes d'efficience de gestion et gagner ainsi des marges de manœuvre. Des progrès peuvent être réalisés sur la gestion du personnel, l'organisation de l'activité et les outils mobilisés par les services.

A- Les ressources humaines

Difficultés de recrutement et attractivité des métiers

Le secteur de l'aide à domicile connaît des difficultés à recruter, en particulier des intervenants à domicile, malgré l'importance du nombre de demandeurs d'emploi et du gisement d'emplois non délocalisables que représente le secteur. D'ici 2030, 300 000 emplois supplémentaires devraient être créés. Ces difficultés de recrutement, déjà pointées en 2002, ne sont pas nouvelles. Elles sont liées à plusieurs facteurs.

Les métiers de l'aide à domicile connaissent en effet un taux de sinistralité proche de celui du bâtiment, qui s'explique notamment par la pénibilité du travail. Les interventions, parfois minutées au quart d'heure dans les plans d'aide, intensifient le rythme de travail, ce qui peut être générateur de stress pour les salariés. Le temps de travail couvre souvent une large amplitude horaire, avec une concentration des interventions sur des plages horaires spécifiques : tôt le matin, le midi et le soir. Les gestes techniques à réaliser lors des interventions sont aussi facteur de contraintes physiques pour les intervenants.

A cela s'ajoutent les difficultés psychologiques liées à toute relation d'aide aux personnes fragilisées. Les intervenants peuvent ainsi rencontrer des difficultés liées à des demandes des personnes accompagnées situées en dehors de leur rôle (soins médicaux par exemple) ou liées à l'évolution de l'état de santé de la personne.

Ces difficultés sont particulièrement observées pour les intervenants des services prestataires qui accompagnent souvent les personnes les plus dépendantes et les cas les plus complexes.

Tous ces facteurs expliquent le taux élevé d'exposition à des troubles de santé et à des troubles musculo-squelettiques. Il est de plus à noter que l'ancienneté et les acquis de l'expérience ne permettent pas toujours de compenser les risques professionnels : celles-ci ne garantissent pas nécessairement un meilleur choix des interventions et peuvent au contraire conduire à positionner ces salariés sur les cas les plus complexes.

Pour faire face à ces risques, plusieurs pistes peuvent cependant être évoquées. Ainsi, il faut souligner le rôle primordial de l'encadrement qui permet de réaliser une intermédiation dans la relation d'aide avec la personne accompagnée, notamment dans le cadre d'une évolution de l'intervention. Ces échanges avec les personnels d'encadrement permettent également aux aides à domicile d'exprimer les éventuelles difficultés ressenties et de ne pas subir un sentiment d'isolement.

L'amélioration des conditions de travail des salariés permet aussi de lutter contre l'absentéisme, lié à l'usure et aux maladies professionnelles. L'absentéisme pèse en effet sur les budgets des services, qui doivent se réorganiser perpétuellement pour assurer que l'intervention soit bien effectuée et passent donc par une réorganisation des plannings, voire l'embauche de remplaçants ou le paiement d'heures supplémentaires.

Les métiers de l'aide à domicile souffrent également d'un déficit de reconnaissance sociale. Ces métiers, mal connus, sont souvent assimilés à des tâches d'aide-ménagère. Or, l'intervenant à domicile remplit un panel de tâches large allant des gestes au corps jusqu'à l'accompagnement à la vie sociale. Il s'agit bien d'un véritable métier d'accompagnement social qui s'inscrit dans la relation d'aide à la personne fragile.

Pour prendre en compte cette problématique, le ministère des affaires sociales et de la santé a lancé début 2017²⁰ une campagne sur les métiers de l'aide à domicile. Cette campagne a pour but de faire connaître ces métiers au grand public et de revaloriser leur image. Elle se traduit par la mise à disposition d'un kit de communication diffusé aux régions, départements, communes, fédérations de l'aide à domicile, associations nationales des directeurs d'action sociale et de santé, aux organismes paritaires collecteurs agréés, aux agences régionales de santé, aux recteurs, et aux services publics de l'emploi.

Il faudra s'intéresser aux effets positifs qu'est susceptible d'entraîner une telle campagne et poursuivre l'effort de communication et d'information sur les métiers de l'aide à domicile. Une telle information est en particulier importante auprès des services de Pôle Emploi. Lors des entretiens réalisés avec les gestionnaires de structures d'aide à domicile le problème de l'orientation des demandeurs d'emploi a en effet été soulevé. Il en ressort que les services de pôle emploi, en raison d'une mauvaise connaissance des spécificités des métiers de l'aide à domicile, orientent parfois vers ces métiers des personnes ne disposant pas d'un profil adapté. Des solutions ont été mises en place sur certains territoires pour pallier ce phénomène. Dans un département, à l'initiative d'un regroupement de services d'aide et d'accompagnement à domicile, a ainsi été organisée une rencontre entre les services, le conseil régional, les organismes de formation et Pôle Emploi afin d'avoir une approche globale et mieux informée des besoins du secteur. Ce type d'initiative permet une meilleure connaissance réciproque des besoins facilitant les recrutements et doit être encouragé.

²⁰ 1^{er} février 2017

Formation des professionnels de l'aide à domicile : intervenants, cadres intermédiaires, personnel de direction

L'amélioration de la gestion des ressources humaines passe également par un travail sur la qualification et la formation des professionnels des services à tous les niveaux : intervenants à domicile, cadre intermédiaires et personnel de direction.

Tout d'abord la qualification des intervenants à domicile permet de réduire les risques professionnels des intervenants qui sont mieux à même de fixer les contours de leur travail. Elle permet aussi de penser le parcours de carrière de ces professionnels. Cette professionnalisation des métiers de l'aide à domicile est rendue d'autant plus nécessaire eu égard à l'augmentation de la complexité des cas à laquelle ceux-ci sont confrontés. Le taux de qualification et de formation des salariés doit donc être pensé en adéquation avec le profil des personnes accompagnées.

Les profils des intervenants de l'aide à domicile sont divers et recouvrent différents niveaux de qualification. Ceux-ci peuvent en effet être aide à domicile, auxiliaire de vie, accompagnant éducatif et social, ou encore techniciens d'intervention sociale et familial.

Un premier travail de rationalisation des diplômes du secteur afin de permettre de meilleures passerelles, notamment entre domicile et établissement a déjà été engagé. Ainsi, il existe désormais un diplôme unique de niveau V : le diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social comportant trois options (accompagnement de la vie à domicile, accompagnement de la vie en structure collective et accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire) qui a permis de fusionner le diplôme d'État d'auxiliaire de vie scolaire et le diplôme d'État d'aide médico-psychologique. Cette réforme de la formation devrait permettre une diversification des pratiques et des lieux possibles d'intervention. **Une réflexion du même type pourrait être envisagée pour faciliter les passerelles avec le diplôme d'aide-soignant, ce qui pourrait constituer une perspective d'évolution de carrière supplémentaire et rapprocher le secteur de l'aide à domicile de celui de la santé ou du secteur médico-social en cohérence notamment avec le développement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile. Une telle évolution offrirait de nouveaux débouchés et contribuerait par ailleurs à renforcer l'attractivité du secteur de l'aide à domicile.**

Un effort de diversification et de rationalisation de l'offre de formation continue est également nécessaire. De nombreux services ont ainsi souligné la difficulté à former leurs personnels, en raison d'une offre de formation trop faible et d'une concentration de celle-ci sur les grandes villes. La formation a également un coût pour les services, coût auquel ceux-ci ne peuvent pas toujours faire face.

La problématique de la qualification des professionnels se retrouve également au niveau des cadres intermédiaires, responsables de secteur. Ceux-ci ont en effet la charge d'organiser le travail et de gérer les plannings sur leur secteur d'intervention. Beaucoup de services à domicile rencontrés ont pointé la difficulté de recruter des professionnels qualifiés pour ces postes. Or, ceux-ci sont stratégiques pour l'équilibre économique des services, les coûts de

personnel et de déplacement représentant une grande part des dépenses. Il apparaît ainsi nécessaire de développer dans l'offre de formation initiale des modules correspondant aux spécificités de ces métiers notamment la connaissance de la législation sociale, la gestion des plannings, l'optimisation des déplacements et la gestion des ressources humaines. Cet effort doit également se traduire par des formations continues ciblées sur ces sujets, l'offre en la matière étant peu développée.

Enfin, la professionnalisation des services d'aide et d'accompagnement à domicile passe également par celle des personnels dirigeants de ces services. En effet, l'optimisation de l'organisation des structures nécessite une connaissance fine à la fois des problématiques liées à l'activité de ces services mais également des outils et leviers d'action existant pour penser une organisation réellement efficiente de l'activité.

B - Les modalités d'organisation des services et leur activité

La recherche d'une meilleure santé économique des services d'aide et d'accompagnement à domicile repose également sur l'optimisation de l'organisation des services et de leur activité sur plusieurs points clés.

Organisation des interventions

Ainsi, l'un des points clés de l'équilibre économique des services réside dans une bonne organisation des interventions à domicile. Cette organisation doit prendre en compte plusieurs facteurs. Elle nécessite en premier lieu une bonne gestion des déplacements, facteurs de coût pour les services tant en termes d'indemnités kilométriques que d'heures improductives. La question du taux de productivité nécessaire au bon équilibre financier des services est posée. Il s'agit pour les services de s'interroger sur le bon ratio entre heures passées en intervention et temps de déplacement entre les différentes interventions. L'organisation des déplacements doit également passer par une réflexion sur le périmètre territorial d'intervention du service et, lorsque celui est important, l'opportunité de disposer d'antennes locales permettant davantage de proximité et autant de gain de temps. Les déplacements doivent également être abordés tant en termes de nombre de kilomètres que de temps de trajet pour aboutir à une organisation efficace.

Le niveau de maturité observé chez les services est disparate, ainsi si certains ont mis en œuvre de réelles réflexions sur le sujet, aidés notamment d'outils d'organisation des plannings et de logiciels de simulation des temps de parcours ce n'est pas le cas dans tous les services. Un travail doit donc être engagé sur le sujet.

Diversification de l'activité

Une autre des pistes d'optimisation des coûts repose sur la diversification des activités des services. Plusieurs des services rencontrés ont ainsi opté pour cette solution, de manière à être

moins dépendants des fluctuations et des contraintes de leur activité réalisée auprès des bénéficiaires de l'APA et de la PCH. Les pistes de diversification d'activité sont différentes selon l'histoire des services. Beaucoup complètent leurs interventions par des services de portage de repas ou la proposition de prestations relevant davantage des services à la personne : garde d'enfant, services de ménages, jardinage... D'autres services ne souhaitent pas nécessairement se tourner vers ce type d'activités car elles ne correspondent pas au projet qu'ils portent. Dans ce cas de figure la voie choisie est plutôt de développer des activités qui relèvent elles aussi du champ social ou médico-social, comme les interventions réalisées au titre de l'aide sociale à l'enfance ou auprès des familles fragilisées.

Parmi les services rencontrés, il semble que la diversification de l'activité, alliée à une réflexion sur une optimisation de la gestion interne, ait permis à ces services d'améliorer leur situation financière.

C – Outils

L'optimisation de la gestion de l'activité des services repose sur la mobilisation de plusieurs outils. L'organisation des services d'aide et d'accompagnement à domicile se caractérise par une forte interdépendance entre les fonctions d'encadrement de proximité, de gestion des ressources humaines et de comptabilité. L'organisation du processus : plannings, réalisation des interventions, production des paies et factures, si elle est bien pensée peut permettre au service d'optimiser le coût de ses fonctions supports et de fluidifier sa trésorerie.

En ce sens, la télégestion peut permettre de faciliter le processus en l'automatisant et en permettant son alimentation directe pour la production des paies et des factures. Elle facilite le contrôle d'effectivité réalisé par le conseil départemental et constitue par ailleurs un préalable nécessaire à toute évolution du mode de financement des services.

Une autre piste consiste en la mutualisation des fonctions supports. Cette question rejoint celle de la taille minimale viable des services. En effet, pour les petites structures, qui ne permettent pas d'économies d'échelle, le poids sur le budget des fonctions supports et du personnel de direction peut être important. Dans ce cadre, il peut être intéressant pour ces services d'externaliser et mutualiser les fonctions supports telles que la paie ou la comptabilité de manière à réduire leurs coûts.

Ces solutions doivent pouvoir être adaptées aux spécificités de chaque service, afin de trouver le meilleur modèle de fonctionnement possible. Pour accompagner les services dans leur évolution, l'un des conseils départementaux rencontrés propose de financer des audits des services d'aide et d'accompagnement les plus en difficulté. Cette pratique est très intéressante en ce qu'elle permet, après une analyse approfondie de la situation du service, de donner à celui-ci des pistes concrètes permettant d'améliorer sa situation. Elle permet aussi d'engager un dialogue plus serein entre le service et le conseil départemental, sur la base d'un diagnostic réalisé par un tiers situé dans une situation de neutralité.

Plusieurs dispositifs mis en place concourent à l'appropriation de ces différentes thématiques. Un engagement de développement de l'emploi et des compétences (EDEC) pour l'autonomie a été signé le 27 mars 2014. Cet EDEC réunit 5 branches professionnelles, 4 organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA), l'ensemble des organisations syndicales du secteur et différents ministères. Il définit plusieurs actions prioritaires :

- soutenir les employeurs dans leurs fonctions de direction et de management et dans leur gestion des ressources humaines,
- soutenir les fonctions intermédiaires,
- soutenir la professionnalisation, la qualification des salariés et la prévention des risques professionnels,
- renforcer l'attractivité et la mixité des métiers de l'autonomie.

La CNSA contribue également à garantir la qualité de l'offre de service en apportant un soutien, par le biais de la section IV de son budget, à la professionnalisation et à la modernisation des services intervenant au domicile des personnes en perte d'autonomie ainsi qu'à la formation des professionnels de ces services.

Le soutien de la CNSA se traduit de différentes manières. L'aide peut être apportée par le biais de conventions départementales de modernisation des services. Ces conventions ont pour but la structuration des services, le développement de l'offre, la mutualisation des fonctions supports, la modernisation de la gestion, ainsi que la promotion et la valorisation des métiers. Elles permettent notamment de promouvoir le déploiement de dispositifs de télégestion. La CNSA signe également des conventions avec les fédérations du secteur de l'aide à domicile pour la mise en œuvre de projets relatifs à la qualité du service, la gestion des ressources humaines, la gestion et l'organisation des structures et la structuration des systèmes d'information. Enfin, la CNSA a signé des accords-cadres avec 6 OPCA pour le co-financement de parcours de formation qualifiante et l'organisation de formations professionnelles thématiques (autisme, troubles du comportement...).

Préconisations :

- **Limiter le fractionnement des interventions dans les plans d'aide APA**
- **Développer la formation des intervenants des SAAD en fonction de leurs besoins propres, aide à domicile, encadrement intermédiaire, dirigeant**
- **Développer une offre de formation initiale et continue adaptée aux métiers d'encadrement intermédiaire des SAAD (gestion RH, gestion des plannings...)**
- **Achever la réforme des diplômes de niveau V pour améliorer les passerelles entre le diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social et le diplôme d'aide-soignant afin de permettre le développement de parcours de carrière dans le champ médico-social ou sanitaire.**
- **Former les personnels des SAAD à l'usage de la télégestion dont les départements doivent se faire une obligation de mise en œuvre**

IV – Plusieurs leviers à mobiliser au bénéfice de la restructuration du secteur de l'aide à domicile

La recherche d'une amélioration de la situation économique des services d'aide et d'accompagnement à domicile nécessite un effort conjoint des financeurs et des services devant permettre une réflexion à la fois sur le modèle de financement des services et sur l'optimisation de la gestion de ceux-ci.

Les outils ou dispositifs prévus par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement que sont les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, les groupements de coopération sociale et médico-sociale et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile « intégrés » peuvent être mis au service de cette réflexion.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)

Le recours aux CPOM a été encouragé par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, qui a créé une catégorie spécifique de CPOM pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile, au regard notamment de la nécessité d'un acte de mandatement au sens du droit communautaire. Compte-tenu du nombre de services concernés et de l'activité parfois limitée, la loi n'a pas rendu obligatoire le recours au CPOM. Si les conseils départementaux se sont bien saisis de ces outils pour d'autres établissements (EHPAD-maisons de retraite), c'est encore peu le cas s'agissant des services d'aide et d'accompagnement à domicile, alors que le CPOM constitue un levier efficace pour piloter l'activité du service et engager la restructuration de l'offre sur le territoire en lien notamment avec les choix du schéma départemental.

Bien que l'outil CPOM n'ait pas encore été totalement investis par les acteurs, il faut toutefois souligner que tous ont un discours positif sur l'opportunité qu'il représente tant en termes d'organisation de l'offre que de rénovation du dialogue entre conseils départementaux et services. Leur mise en œuvre nécessite toutefois certains préalables.

Suite à la bascule de l'intégralité des SAAD dans le champ de l'autorisation les conseils départementaux sont désormais en capacité d'avoir une vision globale de l'offre de service existante et de mettre en œuvre différents leviers pour la faire évoluer de manière à répondre de la meilleure manière aux besoins du territoire. Le pilotage de cette offre nécessite la réalisation d'un diagnostic de territoire permettant la réalisation d'une cartographie de l'offre et de ses caractéristiques qui viendra alimenter le schéma départemental de l'autonomie.

Le CPOM peut être alors mobilisé comme un des leviers permettant l'atteinte des objectifs de la stratégie territoriale d'évolution de l'offre. Les CPOM permettent de définir ou d'orienter l'activité des services : catégories des bénéficiaires accompagnés, territoire desservi, modalités horaires de prise en charge, objectifs de qualification et de promotion

professionnelle, modalités d'intervention au titre de la prévention, nature et modalités de coordination avec les autres organismes à caractère social, médico-social ou sanitaire.

Il s'agit d'un outil permettant de renforcer le dialogue entre les conseils départementaux et les SAAD en développant non plus un simple dialogue budgétaire mais un véritable dialogue de gestion sur les missions et les projets portés par les structures tout en partageant les objectifs du conseil départemental. C'est également l'opportunité de fixer conjointement les contreparties financières correspondant aux engagements pris par le service dans le cadre du contrat, également d'un point de vue qualitatif. Le CPOM peut en outre être utilisé comme un outil de redéfinition du périmètre d'intervention du service en tenant compte des éléments du diagnostic territorial mais aussi d'un périmètre d'intervention « optimisé » pour le service (réflexion sur les temps de déplacement notamment).

Le CPOM ouvre l'opportunité d'une vision pluriannuelle des financements pour les services et donc d'une sécurisation de leur gestion.

Un certain nombre de freins sont toutefois identifiés pour la mise en œuvre des CPOM. Tout d'abord, certaines fédérations rencontrées expriment la peur d'une discrimination dans le choix des services avec lesquels les conseils départementaux pourraient choisir de conclure des CPOM. D'autres craignent que la mise en œuvre des CPOM ne se traduise pas par une véritable négociation entre conseil départemental et service et ne soit pas l'expression d'une vision partagée. De leur côté certains conseils départementaux craignent que la mise en place des CPOM n'entraîne l'ouverture à un financement par dotation globale qui s'opérerait sans contrôle sur l'activité réellement réalisée par les services. De manière générale, l'absence de cadre national inquiète les acteurs qui n'arrivent pas toujours à avoir une vision claire des finalités du CPOM.

Il serait donc rassurant pour tous les acteurs de disposer d'une méthodologie commune de mise en place des CPOM. Il apparaît également très important que la mise en œuvre des CPOM soit transparente, ce qui nécessite une communication des conseils départementaux sur les objectifs poursuivis et les critères de sélection des services.

Exemple d'une stratégie départementale en matière d'aide à domicile

L'un des départements rencontrés a bien saisi les opportunités offertes par les nouveaux outils et a pu développer une véritable stratégie territoriale d'organisation de l'offre.

Cette stratégie repose sur 5 axes :

Axe 1 : Soutenir la reconfiguration économique du secteur

La première étape consiste à établir un nouveau modèle économique stabilisé permettant de déterminer quels leviers mobiliser en fonction des différents modèles pour accompagner les structures vers un changement de modèle économique. Cette réflexion, à laquelle ont été associées les têtes de réseau du département, s'est traduite par le recrutement d'un cabinet

extérieur. Ce cabinet a été chargé d'analyser les modèles économiques et de gouvernance des acteurs, d'affiner les analyses financières et les enjeux sectoriels pour favoriser l'émergence d'un modèle stabilisé. Il s'est ensuite agit d'accompagner les structures dans leur changement de modèle économique et de gouvernance et de les outiller à la gestion financière, à la diversification des ressources.

Axe 2 : Soutenir le portage politique sur le secteur et accompagner les instances de gouvernance des SAAD

Le portage politique du projet étant primordial, cet axe vise à sensibiliser et accompagner les administrateurs et les dirigeants des SAAD ainsi que les conseillers départementaux siégeant dans les instances de gouvernance. Il se traduit par une meilleure valorisation des politiques de l'autonomie et de l'aide à domicile dans le cadre des contrats territoriaux.

Axe 3 : Réguler plus fortement l'offre du secteur : rationalisation, restructuration des services et modes de coopération modernisés

Le conseil départemental a souhaité penser la reconfiguration du secteur en prenant appui sur le développement des coopérations entre services, envisagée sous deux formes : la recherche d'une meilleure efficience de gestion et la recherche d'une meilleure organisation de la réponse aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Il s'est alors agi de rechercher les « coopérations efficiences » dans une logique de rapprochements basée sur une mutualisation des moyens pouvant aller jusqu'à la fusion de services et les « coopérations parcours » grâce à la combinaison et à l'articulation des réponses de soutien à domicile (coopération horizontale entre SAAD proposant des palettes de services différents ou coopération de filière).

Axe 4 : Valoriser les missions d'intérêt général : promouvoir la reconnaissance d'une mission d'intérêt général de l'aide à domicile et la qualité de service par une allocation de ressources adaptée

Cet axe s'inscrit dans la recherche d'une amélioration de la qualité générale des accompagnements via une amélioration de la relation entre conseil départemental et SAAD. Les missions des services seraient définies au regard de missions d'intérêt général d'intervention et de prévention dans le cadre d'un CPOM avec des moyens accordés en regard. La conclusion du CPOM doit alors être l'occasion d'un véritable dialogue de gestion permettant une discussion sur les facteurs explicatifs de coût et non uniquement les budgets. Le conseil départemental souhaite déterminer, à partir d'indicateurs, un tarif qualité « cible » vers lequel le SAAD devra tendre dans la durée du CPOM.

Axe 5 : Moderniser les outils et développer la souplesse dans la mise en œuvre des plans d'aide

Il s'agit de donner au couple aidant/aidé davantage d'autonomie dans la mise en œuvre de son plan d'aide en modulant le nombre d'heures réalisées par les services prestataires en fonction des besoins des personnes âgées et des personnes handicapées d'un mois sur l'autre. Dans ce cadre, serait mis progressivement en place le principe de l'abonnement avec un montant mensuel de participation fixe, ce qui permettrait davantage de lisibilité pour les personnes

accompagnées et les services d'aide et d'accompagnement à domicile. Cette possibilité résulte de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)

L'expérimentation de SPASAD dit « intégrés », permettant le rapprochement de services d'aide et d'accompagnement à domicile et de services de soins infirmiers à domicile, est accueillie favorablement par la majorité des acteurs. Outre qu'elle apporte aux personnes accompagnées un service supplémentaire répondant mieux à leurs besoins, cette expérimentation semble pouvoir répondre à certaines des difficultés rencontrées par les SAAD évoquées dans ce rapport en ce qu'elle constitue une opportunité de développement pour les services et de sécurisation de leur activité.

La création de SPASAD permet tout d'abord une mutualisation de moyens (notamment des fonctions supports) qui peut participer au redressement de la situation financière de services en difficulté. La coordination des plannings peut également permettre une optimisation des interventions et une amélioration de la qualité de l'accompagnement des personnes aidées. Dans le cadre d'un SPASAD il est par exemple possible de penser des interventions conjointes du SAAD et du SSIAD pour les personnes atteintes de pathologies lourdes quand cela est nécessaire, ce qui permet d'éviter d'avoir à faire intervenir deux professionnels de chaque service pour des tâches très fractionnées.

Le rapprochement de ces deux types de services peut participer à la valorisation du travail réciproque des aides à domicile et des personnels du SSIAD par une meilleure connaissance mutuelle du contenu des interventions respectives. L'un des SPASAD rencontrés a ainsi pu largement réduire son taux d'absentéisme et a davantage fidélisé ses personnels.

Les SPASAD s'inscrivent dans la volonté du rapprochement du soin et de l'aide dans une logique de parcours et d'accompagnement global de la personne.

Les entretiens ont toutefois révélé des difficultés dans la mise en œuvre des SPASAD. Les SAAD n'ont pas toujours une bonne connaissance des procédures permettant d'engager cette mutualisation et sont demandeurs de davantage d'accompagnement. La question de la coordination des activités du SPASAD a été évoquée à de nombreuses reprises. L'expérimentation SPASAD ne prévoit en effet pas de financement supplémentaire systématique pour les temps de coordination. Le financement de ces temps, essentiels à la réussite du SPASAD, est donc demandé par la majorité des fédérations nationales. Un dialogue doit donc être engagé à cet égard dans le cadre de la préparation du CPOM, de façon à vérifier que les financements nécessaires sont bien mobilisés. Les services sont également confrontés à des difficultés techniques, notamment sur le manque d'interopérabilité entre les logiciels métiers qui ne permettent pas tous aujourd'hui d'avoir de réels plannings partagés.

La différence de mode de financement rend également difficile un dialogue de gestion unifié pour la structure. Enfin, le clivage culturel entre médical et social peine parfois à se résorber.

Plusieurs expériences ont cependant permis de dépasser ces difficultés ; leur capitalisation puis diffusion auprès des acteurs est ainsi essentielle. L'évaluation de cette expérimentation devra également contribuer à la diffusion des fonctionnements pertinents. A ce stade, le nombre élevé de services d'aide et de SSIAD ayant souhaité s'engager dans cette expérimentation (plus de 350 au mois de mars 2017) témoigne d'un vif intérêt des acteurs et de leur tutelle. Le contenu des CPOM qui doivent être signés avant le 30 2017 apportera de la matière au soutien du modèle SPASAD intégré et permettra de conforter ou de modifier le cas échéant les modalités de fonctionnement des SPASAD.

Le cas particulier des CCAS

Les CCAS connaissent des difficultés qui leur sont propres quant à la constitution de SPASAD. Ceux-ci se trouvent en effet dans un contexte territorial incertain suite à la loi portant sur la nouvelle organisation territoriale de la République du 7 aout 2015. La question de la place des métropoles et l'attente de la fin de la définition de la carte des intercommunalités ne favorisent pas le regroupement de structures. Cette réorganisation territoriale peut parfois avoir des effets non désirés : un des SPASAD rencontrés dans le cadre de la mission était ainsi amené à se défaire suite à son intégration dans une communauté d'agglomération, supprimant ainsi tous les progrès qui avaient résulté de sa création il y a plusieurs années.

Groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS)

Le groupement de coopération sociale et médico-sociale est un autre outil pouvant être mobilisé au service de la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Il permet le développement de différentes formes de coopération entre les services, plus ou moins intégrées. La coopération peut ainsi consister en l'exercice d'activités communes, la création ou la gestion d'équipements communs, la définition ou la proposition d'actions de formation à destination des personnels de ses membres.

La constitution en GCSMS peut, pour une coopération plus intégrée, également permettre des interventions communes de ses différents membres et même être le support de l'autorisation sous réserve de l'accord de l'autorité l'ayant délivrée. Il peut alors exercer directement les missions et prestations du service d'aide et du SSIAD.

Cet outil peut constituer une opportunité pour les structures membres de mutualiser les fonctions supports et d'élargir leur panel d'intervention tout en gardant une existence propre.

Dans le cadre de la mission, il est apparu que cette modalité de coopération n'était pas beaucoup développée. Elle mérite cependant que les conseils départementaux, comme les services, l'intègrent à leur réflexion, car elle peut contribuer non seulement à une meilleure

organisation de l'offre sur le territoire, mais également à la constitution de modèles économiques plus robustes du fait de leur dimensionnement.

Opportunité de développement des services : rencontre avec un GCSMS en devenir

L'une des structures rencontrées dans le cadre de la mission est en cours de constitution en GCSMS. En effet, celle-ci s'est beaucoup diversifiée dans une logique de parcours de la personne âgée et intervient désormais, avec plusieurs entités juridiques, en tant que service prestataire d'aide à domicile, service mandataire d'aide à domicile, SSIAD, ou encore en matière de portage de repas. L'offre de service porte également sur l'hébergement, avec une société d'économie mixte possédant 10 EHPAD. Elle a créé une association de formation pour ces personnels et une association consacrée à l'aide administrative.

La structure souhaite aujourd'hui se constituer en GCSMS afin de renforcer la cohésion du groupe et de procéder à des regroupements ou à des fusions. Selon elle, le GCSMS devrait permettre de procéder à des économies d'échelle et à la mise en commun de fonctions supports comme la comptabilité, les ressources humaines ou les interventions de professionnels juridiques. Son champ d'intervention est en outre élargi au champ du secteur social, médico-social et sanitaire ce qui lui permettra d'assurer une meilleure coordination ou de mutualiser la prestation d'un professionnel dont les structures membres ne pourraient à elles seules assumer la rémunération. Le but recherché est également de promouvoir les échanges de bonnes pratiques entre les membres pour participer à l'amélioration continue des prestations offertes aux personnes accompagnées.

Préconisations :

- **Accompagner les conseils départementaux dans la mise en œuvre d'une démarche de diagnostic territorial et de structuration de l'offre**
- **Arrêter une méthodologie dans le cadre des réflexions nationales proposées par le présent rapport pour l'accompagnement à la mise en œuvre des CPOM (choix des services mandatés par le CPOM)**
- **Prévoir dans le budget des ARS les crédits de coordination indispensables à la mise en œuvre des SPASAD**

V – Perspectives d'évolution : des opportunités à saisir

Repenser le modèle économique du secteur de l'aide à domicile nécessite comme nous l'avons précisé la mise en œuvre d'un certain nombre d'outils tant par les services d'aide et d'accompagnement à domicile que par les conseils départementaux. De manière plus large, ce sont tous les acteurs intervenant dans la politique de maintien à domicile qu'il est nécessaire de mobiliser conjointement. L'amélioration des coopérations entre les acteurs est en effet la clé d'un meilleur accompagnement des publics, dans une logique de filière et de parcours. Cette coopération doit aussi reposer sur une vision à plus long terme de l'évolution du secteur. Si le travail de réorganisation territoriale des services est en cours, la réflexion doit également intégrer les nouvelles opportunités ouvertes au secteur, notamment en termes d'outils numériques et de développement d'offres nouvelles comme l'habitat inclusif.

A - Relations entre les différents acteurs

L'approfondissement des relations entre conseils départementaux et SAAD

Le secteur de l'aide à domicile se trouve dans une phase d'évolution impulsée notamment par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement et la fusion du régime juridique des services. La réorganisation du secteur ne pourra être menée à bien qu'à la condition d'un renforcement de la communication entre les conseils départementaux et les SAAD permettant de baser les discussions sur des constats clairs et partagés à partir d'une réelle association des acteurs aux objectifs et projets portés par le conseil départemental pour les personnes âgées et les personnes handicapées ou encore les familles fragilisées.

Cette évolution est engagée dans plusieurs départements, notamment par le biais de la réalisation de diagnostics de territoires, permettant aux conseils départementaux d'acquérir une meilleure connaissance des services ayant basculé dans le champ de l'autorisation suite à la loi ASV. Définir des temps de rencontre avec l'ensemble des services devrait déjà permettre de lever certains obstacles liés à un manque de connaissance réciproque des acteurs.

L'amélioration des relations entre services et conseils départementaux peut également être facilitée par une organisation territoriale permettant le développement d'un travail de proximité. Certains conseils départementaux rencontrés ont ainsi mis en place des délégations sur le département chargées notamment de l'évaluation APA. Ce maillage territorial permet une connaissance plus fine des caractéristiques des territoires et des services intervenant sur ceux-ci. Un département a également mis en place une expérimentation visant à renforcer la coordination entre les différents acteurs avec l'instauration d'un cahier de liaison entre les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), les SAAD de son ressort territorial et le conseil départemental.

Il est également important de partager et d'associer les services d'aide et d'accompagnement à domicile aux modalités d'évaluation APA réalisée par les équipes médico-sociales du conseil

départemental. Si dans certains départements les évaluations réalisées par les équipes-médico-sociales sont systématiquement transmises aux SAAD, ce n'est pas le cas partout. Or, l'association du SAAD intervenant permet de garantir une meilleure réponse aux besoins des personnes accompagnées. Dans la même perspective, il peut être intéressant pour les conseils départementaux d'associer les SAAD intervenant auprès des personnes lors de réévaluations des plans d'aide occasionnées par la dégradation de la situation des personnes.

Le cas des personnes autonomes relevant des GIR 5 et 6 : les relations entre conseils départementaux et caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT)

Les rencontres avec les différents acteurs, conseils départementaux et SAAD, ont toutes révélé des difficultés sur la coordination entre l'aide apportée par les caisses de retraite aux personnes âgées classées en GIR 5 et 6 et la prise en charge par le conseil départemental des personnes âgées en GIR 1 à 4 dans le cadre de l'APA.

Les conseils départementaux soulèvent une problématique dans la définition de la frontière entre les GIR 5 et 4. En effet, les caisses de retraite disposent d'une enveloppe limitative annuelle destinée à financer une aide à domicile spécifique à leur degré d'autonomie au profit des personnes âgées classées en GIR 5 et 6. Il a pu être observé qu'à l'issue de la consommation de cette enveloppe, les caisses de retraite pouvaient avoir tendance à inciter les personnes à se diriger vers le conseil départemental pour être classées en GIR 4 et bénéficier de financements dans le cadre de l'APA.

L'absence de reconnaissance mutuelle entre les évaluations réalisées par les caisses de retraite et celles réalisées par les équipes médico-sociales du conseil départemental peut également comporter un risque de rupture dans l'accompagnement de la personne et compliquer sa compréhension du système.

Pour pallier ces inconvénients, le principe de reconnaissance mutuelle des évaluations a donc été inscrit dans la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Les modalités de cette reconnaissance sont à définir par les conseils départementaux et les caisses de retraite.

L'arrêté du 5 décembre 2016 fixant le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants et l'outil d'évaluation multidimensionnelle mis à disposition par la CNSA créent un contexte objectif facilitant le développement de la reconnaissance mutuelle des évaluations.

Cette coopération peut être facilitée lorsque les structures évaluatrices intervenant auprès des personnes âgées réalisent des interventions sur les deux champs (caisses de retraite et APA). Dans l'un des départements rencontrés le département a conclu une convention avec la CARSAT. Cette convention prévoit notamment que les centres locaux d'information et de coordination gérontologiques (CLIC) réalisent les évaluations pour les personnes relevant des

GIR 5 et 6, ce qui a permis d'améliorer la continuité de l'accompagnement et de mieux prendre en compte les besoins de la personne accompagnée. Cette évaluation par les CLIC ne doit toutefois pas conduire à la tentation inverse de « sous-évaluer » le degré de dépendance.

La mise en place des conférences des financeurs : opportunité pour les SAAD

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a institué les conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Ces conférences des financeurs ont pour objectif à partir du diagnostic territorial des besoins des personnes âgées et de leurs aidants, d'établir un programme coordonné de financement de la prévention de la perte d'autonomie en réunissant les différents acteurs autour d'une stratégie commune. Les conférences des financeurs réunissent en effet le président du conseil départemental, le directeur de l'agence régionale de santé, des représentants des régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie, de l'agence nationale de l'habitat, des fédérations des institutions de retraites complémentaires et des organismes régis par le code de la mutualité. Cette composition peut être élargie à d'autres acteurs en fonction des contextes locaux. Après un recensement des besoins de prévention sur le territoire, les crédits des conférences des financeurs peuvent être mobilisés, dans le cadre d'un programme coordonné, pour financer des actions de prévention individuelle ou collective.

La mise en place des conférences des financeurs est une occasion de développer une meilleure coordination entre l'action des conseils départementaux et des agences régionales de santé. C'est une opportunité également pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile. Le travail sur la prévention doit être utilisé comme un levier pour éviter la dégradation des situations des personnes accompagnées. Les SAAD, de par leur rôle de proximité et leur position particulière auprès des personnes âgées doivent être un des acteurs à privilégier pour la mise en place d'actions de prévention individuelle.

Ce travail sur la prévention peut également être l'occasion d'améliorer et de valoriser les conditions de travail des professionnels de l'aide à domicile en leur reconnaissant une mission particulière pour prévenir la perte d'autonomie ou son aggravation.

De plus, les missions de prévention sont moins sensibles aux variations d'activité des SAAD, le développement de ces missions pourrait également contribuer à améliorer le fonctionnement des services.

B – Perspectives d'évolution du secteur de l'aide à domicile

Le secteur de l'aide à domicile se trouve confronté au défi de la restructuration territoriale de l'offre, qui le constraint à l'adaptation. Il doit également intégrer, en lien avec les conseils départementaux, les évolutions qui viendront impacter la manière de travailler des aides à domicile et les anticiper.

L'impact du développement des nouvelles technologies sur les SAAD

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile s'inscrivent dans le contexte plus large de développement de la *silver economy*, qui a été et est constituée en filière depuis 2013. Elle regroupe les activités technologiques et les services dédiés à l'autonomie des personnes âgées.

Des outils tels que la télémédecine (téléassistance, suivi des malades chroniques à distance...), les évolutions technologiques de l'habitat (signaux lumineux, alarmes, détection des chutes...) et la domotique sont en train de se développer. Ils impacteront les pratiques professionnelles des intervenants à domicile et seront des facteurs de leur évolution et de leur transformation.

Le développement de la domotique contribue à un aménagement plus ou moins visible de l'habitat personnel afin de prévenir puis de l'adapter à la perte d'autonomie de chaque individu. Il nécessite une conception évolutive de l'ergonomie du domicile afin que celle-ci s'adapte à l'évolution des besoins de la personne âgée. Se développent par exemple des systèmes de capteurs analysant les signaux vitaux ou des systèmes de technologies interopérables consistant en la mise en réseau des équipements du domicile.

Certaines structures ont par ailleurs développé des programmes d'activité physiques adaptés aux personnes âgées, des technologies d'auto-entraînement, d'auto-mesure des paramètres physiologiques et d'aide à la déambulation mis à la disposition des personnes sur tablette, sous contrôle des auxiliaires de vie à domicile. Ce programme a pour objectif d'améliorer le retour à domicile et d'aider au rétablissement de l'autonomie motrice suite à des retours d'hospitalisation.

La mutualisation des aides humaines et des nouvelles technologies devrait en outre permettre un meilleur accompagnement des personnes âgées à leur domicile ainsi qu'une amélioration des conditions de travail des intervenants à domicile. Le développement de solutions techniques permettra également de réduire les situations de travail nécessitant manutention manuelle, déplacements avec port de charges, comme des gestes répétitifs, des postures contraignantes ou des efforts importants.

Ces évolutions technologiques incitent à repenser l'organisation des services et le mode d'exercice des aides à domicile.

L'inscription des SAAD dans une offre nouvelle d'habitat

Une offre nouvelle d'habitat inclusif est actuellement en cours de développement. Le développement de cette offre, à destination des personnes âgées et handicapées constitue une opportunité pour les SAAD.

Historiquement, le dispositif d'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap s'est structuré autour de deux pôles : le maintien à domicile et l'accueil

en établissement. L'aspiration de la majorité de ces personnes est de vivre chez soi. En découle le refus fréquent des formules institutionnelles, synonymes pour certains de perte d'espace et de liberté et de vie collective imposée.

Un nombre croissant de personnes âgées et de personnes en situation de handicap, y compris celles atteintes d'une maladie neurodégénérative, souhaite en effet choisir son habitat et les personnes avec qui le partager, le cas échéant. Elles expriment une forte demande de projet social et de services associés au logement dans un environnement adapté et sécurisé qui garantisse conjointement inclusion sociale et vie autonome en milieu « *ordinaire* ».

Par conséquent, depuis plusieurs années, une nouvelle forme d'habitat, appelée principalement « *habitat alternatif ou inclusif* », se déploie. Ces formes d'habitat, plus souples, et aussi parfois plus économiques pour des personnes aux revenus modestes, apportent une réponse complémentaire au logement ordinaire et à l'hébergement en établissement.

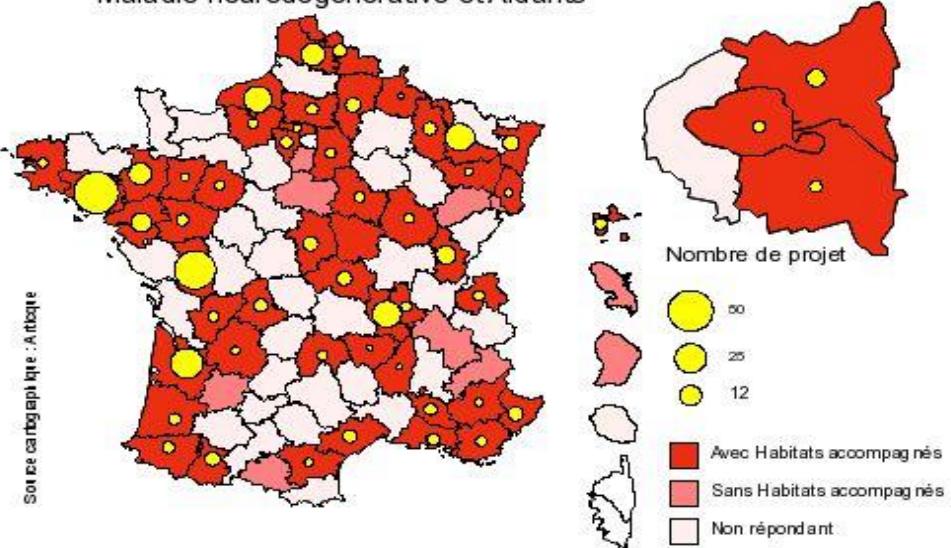
Cette nouvelle offre peut constituer une réponse en termes d'insertion pleine et entière dans la Cité et de libre choix de leur mode de vie pour les personnes en situation de handicap, les personnes âgées et les personnes atteintes de maladies neurodégénératives.

Une multitude de termes émerge pour tenter d'appréhender la nébuleuse constituée par ces nouvelles formes d'habitat : habitat regroupé autogéré, habitat participatif, habitat coopératif, habitat solidaire,... Elle peut être définie comme un ensemble d'habitation constitué de logements autonomes ou un ensemble de logements au sein d'un même appartement, souvent associés à des services, et promouvant un projet social spécifique. Il s'agit d'habitats se situant hors de la législation relative aux établissements et services sociaux et médico-sociaux s'appuyant majoritairement sur des partenariats mobilisant des acteurs associatifs, des collectivités locales et leurs centres communaux d'action sociale (CCAS), des mutuelles et des bailleurs sociaux. Ces initiatives viennent en complément de l'offre sociale et médico-sociale, elles sont d'ailleurs quelquefois portées par des gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux, qui trouvent par ce biais une façon plus souple d'accompagner ces types de public.

Suite aux résultats des premiers travaux menés sur cette offre en 2014-2015, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a levé un certain nombre de freins au développement de ce type d'habitat (sécurisation des résidences services, attribution prioritaire de logements sociaux adaptés aux personnes âgées et personnes en situation de handicap,...). Cependant, la connaissance de cette offre reste encore très parcellaire.

Une enquête menée en fin d'année 2016 par la Direction générale de la cohésion sociale a permis d'opérer une première estimation (non-exhaustive) de cette offre à l'échelle des départements :

ENQUÊTE HABITAT ALTERNATIF
Habitat accompagné pour PA/PH, handicap psychique,
Maladie neurodégénérative et Aidants



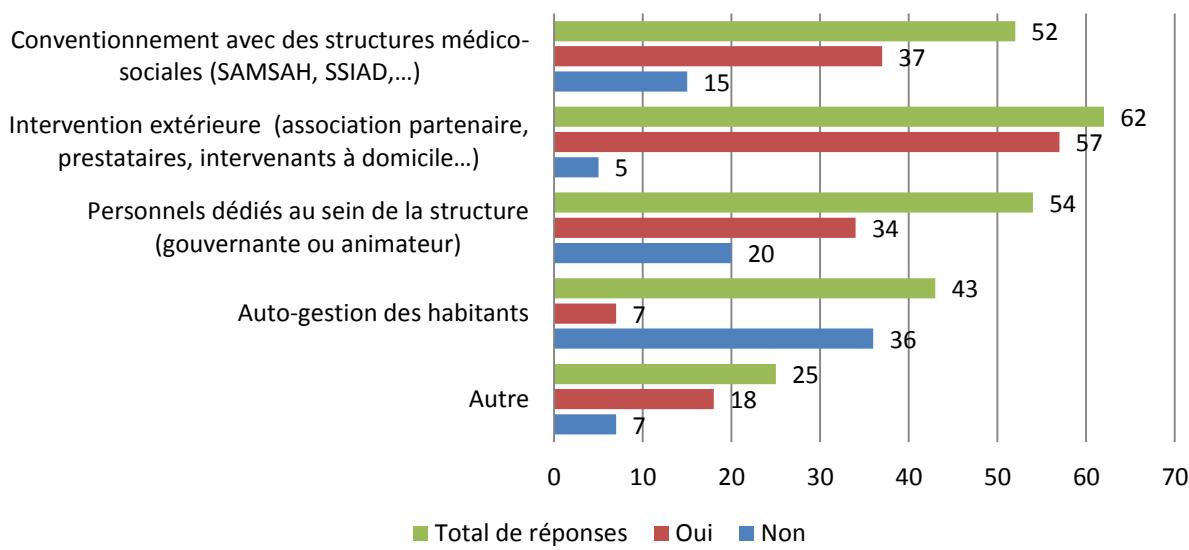
L'habitat alternatif/inclusif couvre un large panel de publics : des personnes âgées, des personnes en situation de handicap moteur, psychique, des personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative (MND) ou encore des familles, des jeunes. La mixité sociale et/ou intergénérationnelle est un élément souvent présent.

L'enquête précitée démontre également que presque tous les habitats alternatifs/inclusifs ont recours à des interventions extérieures (92% des répondants²¹) pour assurer l'accompagnement des personnes, essentiellement en mobilisant les différentes catégories de services à domicile. Le recours au conventionnement avec des structures sociales et médico-sociales (71%) constitue également un moyen d'accompagnement régulièrement utilisé.

Ainsi, on constate que l'habitat alternatif/inclusif peut constituer un levier efficace d'innovation et de déploiement des logiques partenariales dans le champ social et médico-social, en particulier avec les services à domicile, qui sont souvent sollicités en appui de cette offre. La coexistence de ces habitats avec les établissements du secteur social et médico-social pose question à de nombreux acteurs – notamment les services à domicile – compte-tenu de la porosité entre ces deux types d'offre. Leur correcte articulation est en conséquence tout à fait nécessaire et constitue par ailleurs un levier pour l'évolution et la transformation de l'offre médico-sociale en corrélation plus étroite avec les aspirations des personnes concernées.

²¹ Associations et fédérations nationales du champ du handicap, porteurs de projets divers.

Nature de l'accompagnement proposé au sein de l'habitat



Les services à domicile sont d'autant plus concernés que l'habitat alternatif/inclusif s'appuie régulièrement sur la mise en commun de la prestation de compensation du handicap (PCH) et plus rarement sur la mise en commun de l'allocation personnalisée autonomie (APA) pour équilibrer son modèle économique.

A cet égard, le développement de l'habitat alternatif/inclusif impacte fortement l'évolution des services à domicile et nécessite de prendre en considération plusieurs enjeux :

- La formation et la qualification des personnels des services à domicile dans l'évolution de leurs pratiques professionnelles (pour une meilleure prise en compte, d'une part, de la spécificité de certains publics – comme les MND – et de leur prise en charge dans ce type d'habitat et, d'autre part, du rôle pivot des services à domicile dans l'accompagnement des personnes vivant dans ce type d'habitat) ;
- La transformation de l'offre sociale et médico-sociale sur le territoire en fonction du niveau de développement de cette offre d'habitat accréditant un besoin supplémentaire de services ;
- L'innovation dans la constitution des réponses à apporter aux besoins des publics sur les territoires (modes de gestion et d'organisation alternatifs, autodétermination et inclusion des personnes accompagnées, logique partenariale...) ;
- La participation aux nouvelles modalités de soutien au maintien à domicile des personnes âgées (ces formes d'habitat étant des domiciles « améliorés » autour d'un environnement sécurisé et d'activités collectives) ;

- La mobilisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) pour accompagner la formation des personnels des services à domicile face à ce nouveau cadre d'intervention ou construire des ponts entre offre sociale et médico-sociale et habitat alternatif/inclusif.

Préconisations :

- **Mobiliser les conférences des financeurs au soutien financier des actions de prévention individuelles et collectives des SAAD et des SPASAD**
- **Former les professionnels des SAAD à l'usage du numérique, de la télémédecine, des objets connectés et de la domotique**
- **Inciter les conseils départementaux à inclure les SAAD dans les schémas départementaux en cohérence notamment avec les objectifs de logements adaptés et notamment les formes d'habitat inclusif et à se saisir de tous les outils offerts par la loi ASV**

VI – Préconisations

1. Pilotage, animation, suivi

- Prendre en compte les apports des différents rapports des corps d’inspection en cours
- Poursuivre le suivi de la mise en œuvre de la loi et évaluer l’impact de la réforme des SAAD
- Mettre en place un observatoire commun au ministère des affaires sociales et à l’ADF sur les différentes pratiques observées dans les départements
- Développer les échanges entre les conseils départementaux sur leurs modèles d’organisation de l’offre pour permettre la diffusion de bonnes pratiques
- Mettre en œuvre des formations pour les personnels des conseils départementaux après précision des attentes par le ministère des affaires sociales
- Aider les conseils départementaux à mettre en œuvre une démarche de diagnostic territorial et de structuration de l’offre
- Inciter les conseils départementaux à inclure les SAAD dans les schémas départementaux en cohérence notamment avec les objectifs de nouveaux logements adaptés et notamment les formes nouvelles d’habitat inclusif et à se saisir de tous les outils offerts par la loi ASV
- Achever la réforme des diplômes de niveau V pour améliorer les passerelles entre le diplôme d’État d’accompagnant éducatif et social et le diplôme d’aide-soignant afin de permettre le développement de parcours de carrière dans le champ médico-social ou sanitaire.
- Mobiliser les conférences des financeurs au soutien des actions de prévention des SAAD et des SPASAD
- Mettre à disposition des données sur les écarts de coût entre accompagnement à domicile et en établissement à partir notamment des travaux d’ores et déjà réalisés par la DREES

2. Modèle de financement des SAAD

- Installer un groupe de travail national sur le sujet de la tarification des SAAD incluant la DGCS, l’ADF, les gestionnaires des SAAD et la CNSA et notamment réfléchir sur le découplage entre valorisation de l’APA et financement des services ou encore aux mécanismes d’habilitation partielle à l’aide sociale
- Stabiliser les mécanismes de fiscalité applicables au secteur de l’aide à domicile
- Informer sur les inconvénients liés à la déshabilitation totale à l’aide sociale des SAAD
- Arrêter une méthodologie dans le cadre des réflexions nationales proposées par le présent rapport pour l’accompagnement à la mise en œuvre des CPOM (choix des services mandatés par le CPOM)

- Réétudier les concours de l'État en direction des conseils départementaux plus spécialement fléchés vers les dépenses sociales et les allocations de solidarité notamment au vu des dépenses des conseils départementaux en 2016 (états récapitulatifs des dépenses annuelles des départements à la CNSA)

3. Organisation interne des SAAD et SPASAD

- Limiter le fractionnement des interventions dans les plans d'aide APA
- Développer la formation des intervenants des SAAD en fonction de leurs besoins propres, aide à domicile, encadrement intermédiaire, dirigeant
- Développer une offre de formation initiale et continue adaptée aux métiers d'encadrement intermédiaire des SAAD (gestion RH, gestion des plannings...)
- Former les professionnels des SAAD à la télégestion dont les départements doivent se faire une obligation de mise en œuvre
- Former les professionnels des SAAD à l'usage du numérique, de la télémédecine, des objets connectés et de la domotique

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission

Le Premier Ministre

Paris, le 15 NOV. 2016

2144/16 / SG

Monsieur le Sénateur,

Le maintien à domicile, aussi longtemps que possible, répond aux aspirations de la majorité des personnes âgées. C'est la raison pour laquelle le Gouvernement a souhaité faire de l'aide à domicile une priorité nationale.

Le Gouvernement apporte un soutien important au secteur de l'aide à domicile à travers différentes mesures financières. D'une part, un fonds de restructuration de l'aide à domicile a été créé en 2012 pour venir en aide aux structures en difficultés. 130 millions d'euros ont ainsi été versés à 1 600 structures entre 2012 et 2014. Ce fonds a été reconduit à hauteur de 25 millions d'euros pour l'année 2016. D'autre part, les salariés de la branche de l'aide à domicile bénéficient d'une revalorisation de 1 % de la valeur du point, mobilisant 25 millions d'euros par an. Enfin, 50 millions d'euros seront mobilisés dès 2017 afin de créer un fonds d'appui à la contractualisation et aux bonnes pratiques entre départements et services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD).

La loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) du 28 décembre 2015, entend aller plus loin dans le renforcement de l'aide à domicile. La loi met en place « l'acte II de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile » qui vise à revaloriser significativement les plafonds des montants des plans d'aide à domicile ainsi qu'à diminuer le reste à charge des personnes âgées dont les plans d'aide sont les plus lourds et dont les ressources sont limitées. Elle dote le secteur de différents outils afin de « refonder l'aide à domicile ». Le régime juridique des SAAD prestataires est unifié au profit du régime d'autorisation délivrée par le département le positionnant ainsi en chef de file de l'évolution de l'ensemble de cette offre. Une expérimentation des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) renforcés est lancée sur deux ans et le recours à des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) dans les SAAD est prévu afin de favoriser la structuration territoriale de l'offre et la mise en œuvre de missions au service du public.

Malgré toutes ces mesures, les difficultés financières de certains SAAD perdurent et sont devenues structurelles, appelant dans certains cas une réflexion sur leur efficience et leur organisation interne. On constate par ailleurs une importante hétérogénéité entre départements en matière de tarification des services à domicile habilités à l'aide sociale ou de fixation des taux de référence de l'APA pour les services non tarifés.

.../...

Monsieur Georges LABAZEE
Sénateur
SENAT
Palais du Luxembourg
15, rue de Vaugirard
75291 PARIS Cedex 06

Il est donc nécessaire d'aller plus loin dans la structuration du secteur pour assurer sa capacité à faire face à une demande croissante.

Si de nombreux rapports sont parus ces dernières années sur l'aide à domicile, aucun ne propose les voies d'une évolution de ce secteur susceptibles de remédier aux difficultés rencontrées.

C'est pourquoi il est aujourd'hui nécessaire de disposer d'une vision globale du secteur permettant de poser les bases d'un meilleur dialogue entre département et services qui permettrait de résigner les questions tarifaires dans un enjeu plus large de qualité des prestations délivrées et de continuité du service, particulièrement dans les territoires ruraux. Certains départements et services se sont d'ores et déjà engagés dans de telles démarches, qu'il est nécessaire désormais de systématiser.

C'est pourquoi j'ai souhaité vous confier cette mission, dont le rapport devra :

- proposer des recommandations à partir du repérage et de l'expertise des initiatives par lesquelles les départements et les SAAD ont réussi à trouver un équilibre entre une tarification adaptée et une efficience accrue des services, à l'issue notamment de diagnostics territoriaux des besoins menés en commun, qui pourraient être mises à la disposition de l'ensemble des acteurs (conseils départementaux et fédérations gestionnaires) ;
- étudier les différents outils et dispositifs mis en place par la loi ASV et l'opportunité de les amplifier ou les généraliser : services polyvalents d'aide et de soins à domicile, groupements de coopération sociale et médico-sociale, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

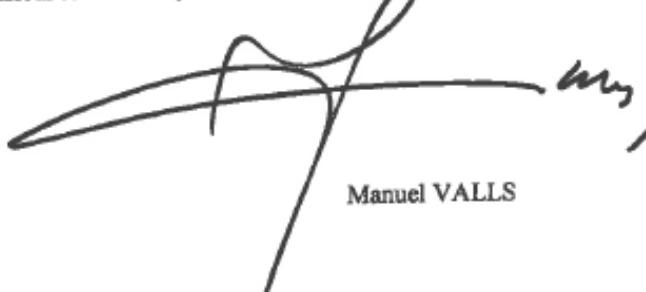
Vous travaillerez avec les fédérations du secteur de l'aide à domicile et les conseils départementaux sur l'identification des organisations efficientes en vue d'élaborer avec ces acteurs les recommandations à essaimer pour favoriser une structuration tant économique que qualitative de l'offre de services à domicile sur les territoires.

Pour la réalisation de cette mission, vous pourrez vous appuyer sur les services de la direction générale de la cohésion sociale et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, qui mettront notamment à votre disposition les travaux déjà conduits sur ce sujet et vous orienteront vers les territoires et acteurs engagés dans ces initiatives.

Un décret vous nommera, en application de l'article LO.144 du code électoral, parlementaire en mission auprès de Madame Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, et de Madame Pascale Boistard, Secrétaire d'Etat chargée des personnes âgées et de l'autonomie.

Je souhaiterais que vous puissiez rendre votre rapport d'ici février 2017.

Je vous prie de croire, Monsieur le Sénateur, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.



Manuel VALLS

Annexe 2 : Liste des personnes auditionnées dans le cadre du rapport

Lundi 5 décembre 2016

- Aude - Mme Anne BAURES, Infirmière Coordinatrice/Responsable SPASAD Piémont d'Alaric CIAS
- Aude - Mme Adriana TANASESCU, Directrice, Société A2micile
- Aude - Mme Hélène SANDRAGNÉ Vice-présidente du département de l'Aude et Mme Evelyne DURESSE, Direction personnes âgées et personnes handicapées

Mardi 6 décembre 2016

- Aveyron - Mme TIEULE, Présidente de l'ASSOCIATION ADAR
- Aveyron - M. Jean-Claude LUCHE, Président du département de l'Aveyron et M. Eric DELGADO, Directeur général adjoint – Pôle des solidarités départementales
- Hérault - Mme Patricia WEBER, Vice-présidente du département de l'Hérault déléguée aux solidarités à la personne
- Hérault - Mme Valérie PEZET, Directrice, Association Clermont Soleil

Jeudi 15 décembre 2016

- Nord - Mme Geneviève MANNARINO, Vice-Présidente du Conseil départemental du Nord chargée de l'autonomie
- Nord - Mme Nathalie TAALBA, Directrice, Label Vie Services à domicile
- Nord - Mme Anne RUFFIN, Directrice AHPA

Mardi 20 décembre 2016

- M. Philippe PICHERY, Collaborateur parlementaire de Philippe Adnot, Sénateur-Président du Conseil départemental de l'Aube
- Mme Florence ARNAIZ-MAUME, Déléguée générale, SYNERPA
- Mme Ingrid LAUVRAY, Déléguée nationale filières personnes âgées et domicile et M. Jean FABRE MONS, Responsable des relations institutionnelles, CROIX ROUGE
- Mme Nicole STREIGNART, Directrice Générale, UNA

Lundi 9 janvier 2017

- Pyrénées-Atlantiques - Henri LLANES, ADMR 64
- Pyrénées-Atlantiques - Françoise LAFITTE, Service Aider Pyrénées Atlantiques

Mardi 17 janvier 2017

- Loire-Atlantique - Mme Annaig COTONNEC, Vice-présidente du Département de Loire-Atlantique en charge du vieillissement et des personnes âgées, Mme Pascale MIDAVAIN, Cheffe de service personnes âgées et M.
- Loire-Atlantique - Geoffroy VERDIER, Directeur, ADT 44-85 (Aide à Domicile pour Tous)

Mardi 24 janvier 2017

- M. Laurent VACHEY, M. Jérôme D'HARCOURT et Mme Céline KERENFLEC'H, Inspection générale des finances (IGF)
- Mme Christine BRANCHU et M. Pierre NAVES, Inspection générale des affaires sociales (IGAS)

Mercredi 25 janvier 2017

- Mme Caroline SELVA, Conseillère Technique Autonomie et Citoyenneté des personnes âgées et des personnes en situation de handicap et Stéphane LENOIR, Coordinateur National du GIHP, membre de la Commission Autonomie de l'Uniopss, UNIOPSS
- M. Didier DUPLAN, directeur adjoint, ADESSA DOMICILE
- M. Philippe CAMPINCHI et M. François GEORGES, SNRA
- M. Dominique COLAS, Président de l'ANCHL
- M. Didier SAPY, Directeur Général et Clémence LACOUR, Responsable des Relations Institutionnelles, FNAQPA

Jeudi 26 janvier 2017

- Mme Maud COLLOMB, directrice-adjointe, ADMR
- M. Benoît CALMELS, Délégué général, UNCCAS
- M. REZA-TOFIGHI, président, M. NATAF, vice-président, FEDESAP
- M. Yves-Jean DUPUIS, directeur général, Mme Célia VALERO, conseillère santé-social - Personnes âgées – Domicile, M. Julien MOREAU, directeur secteur social et médico-social, FEHAP

Jeudi 2 février 2017

- Manche - M. TREHET, VP du département de la Manche en charge de l'Autonomie
- Manche - Mme Carole Picot, AUDAA (Aide Urgence Domicile Assistance Auxiliaire de Vie)
- Manche - ASTRE, Association Solidarité Partenariat & Recherche d'emploi

Mercredi 8 février 2017

- Pas-de-Calais - Mme Josette DURRIEZ, Vice-Présidente du Département du Pas-de-Calais, M. Jiovanny DUMOULIN, chargé de mission aux affaires sociales, médico-sociales et sanitaires, cabinet du Président et Mme Nathalie PONTASSE, direction de l'autonomie et de la santé
- Pas-de-Calais - CIASFP de Noyelles les Vermelles
- Pas-de-Calais - ASSAD de Rely

Mercredi 15 février 2017

- M. Christian CARCAGNO, conseiller référendaire, Mme Sylvie BOUTERAU-TICHET, conseillère référendaire, Cour des Comptes
- M. Olivier PERALDI, Directeur général, FESP

Mardi 21 février 2017

- Somme - Marc DAEWELE, Vice-Président du Conseil départemental de la Somme, Mme Françoise NGUYEN, directrice de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées
- Somme - M. Jean-Jacques NANTOIS, président de l'association « La Maison du Vimeu Vert »
- Somme - Olivier BALIN, directeur de l'ADMR de la Somme
- Somme - Annie QUENEUILLELA, représentante du collectif des Aides à domicile

Mercredi 22 février 2017

- Mme Alexandrine LECLERC, Vice-Présidente du Loiret en charge des politiques sociales, ADF
- Mme MALLET et M. MOLETTE, Groupe La Poste
- M. Georges GUILBERT, Gérant de Guilbert Propreté et Mme Lucia PEREIRA, Directrice PREMS/ASP

Jeudi 23 février 2017

- Mme Anne-Carole BENSADON, Mme Christine DANIEL, Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et M. François SCARBONCHI, Inspection générale de l'administration (IGA)

Annexe 3 : Niveau des dépenses supportées par les conseils départementaux en matière d'APA en 2014 et 2015

| Département | Dépenses APA 2014 | Dépenses APA 2015 | Dotation CNSA APA 2014 | Dotation CNSA APA 2015 |
|--------------------------------|-------------------|-------------------|------------------------|------------------------|
| Ain | 40 719 779 | 41 537 029 | 11 781 280 | 12 083 204 |
| Aisne | 55 169 903 | 55 830 754 | 17 756 708 | 17 947 094 |
| Allier | 45 133 912 | 46 643 565 | 16 335 988 | 16 463 435 |
| Alpes de Haute-Provence | 16 886 242 | 17 427 004 | 5 906 435 | 5 957 479 |
| Hautes-Alpes | 14 208 343 | 14 205 333 | 4 753 175 | 4 759 462 |
| Alpes-Maritimes | 102 418 981 | 102 116 015 | 32 132 161 | 31 528 883 |
| Ardèche | 42 054 851 | 45 241 632 | 13 265 110 | 13 563 115 |
| Ardennes | 31 855 689 | 32 707 778 | 9 521 567 | 9 777 729 |
| Ariège | 18 703 627 | 18 095 877 | 6 938 327 | 6 806 177 |
| Aube | 32 030 174 | 32 297 627 | 10 489 648 | 10 517 930 |
| Aude | 34 181 988 | 34 089 919 | 15 162 252 | 15 004 772 |
| Aveyron | 46 245 225 | 45 334 031 | 14 580 198 | 14 398 750 |
| Bouches du Rhône | 151 504 466 | 154 637 756 | 55 216 840 | 54 611 608 |
| Calvados | 60 457 265 | 59 130 809 | 20 730 578 | 20 541 984 |
| Cantal | 21 931 252 | 24 496 138 | 7 714 723 | 8 037 690 |
| Charente | 41 842 562 | 42 924 730 | 14 987 662 | 14 948 367 |
| Charente-Maritime | 62 499 659 | 63 194 327 | 25 234 709 | 24 985 728 |
| Cher | 33 638 853 | 34 346 192 | 12 783 895 | 12 748 610 |
| Corrèze | 32 929 805 | 35 450 962 | 11 762 190 | 11 937 650 |
| Côte d'Or | 40 336 958 | 40 537 845 | 14 446 280 | 14 263 807 |
| Côtes d'Armor | 66 595 198 | 68 436 661 | 25 490 120 | 25 514 914 |
| Creuse | 26 319 676 | 26 329 073 | 14 281 701 | 13 713 131 |
| Dordogne | 48 192 281 | 48 959 472 | 19 880 760 | 19 773 765 |
| Doubs | 49 055 650 | 49 241 724 | 14 329 057 | 14 298 437 |
| Drôme | 49 144 476 | 52 114 661 | 14 431 021 | 14 543 673 |
| Eure | 35 344 768 | 35 861 237 | 13 396 922 | 13 382 232 |
| Eure et Loir | 29 943 612 | 31 347 325 | 11 336 562 | 11 504 400 |
| Finistère | 88 989 745 | 89 103 562 | 31 866 313 | 31 898 558 |
| Corse du Sud | 21 879 638 | 20 394 905 | 5 682 847 | 5 463 974 |
| Haute-Corse | 22 584 210 | 23 295 063 | 6 677 921 | 6 749 446 |
| Gard | 68 229 072 | 65 624 647 | 25 065 727 | 24 818 177 |
| Haute-Garonne | 110 165 946 | 111 209 968 | 30 292 871 | 29 754 937 |
| Gers | 29 079 715 | 29 151 032 | 10 077 792 | 10 016 475 |
| Gironde | 133 982 410 | 136 735 605 | 41 564 199 | 41 749 603 |
| Hérault | 135 620 944 | 133 214 178 | 39 410 520 | 38 674 543 |
| Ille et Vilaine | 88 334 344 | 90 222 268 | 27 059 129 | 27 122 419 |
| Indre | 26 163 542 | 25 064 817 | 10 681 699 | 10 367 475 |
| Indre et Loire | 45 713 359 | 45 339 143 | 18 603 637 | 18 542 511 |

| | | | | |
|-----------------------------|-------------|-------------|------------|------------|
| Isère | 107 469 980 | 108 366 944 | 27 787 100 | 27 480 679 |
| Jura | 20 964 260 | 21 013 914 | 8 342 521 | 8 189 967 |
| Landes | 42 003 097 | 44 284 899 | 14 409 248 | 14 528 507 |
| Loir et Cher | 34 081 807 | 34 799 407 | 13 435 311 | 13 178 520 |
| Loire | 71 343 604 | 72 012 295 | 26 165 982 | 26 072 149 |
| Haute-Loire | 24 405 127 | 24 445 973 | 8 643 123 | 8 491 972 |
| Loire-Atlantique | 87 621 486 | 91 241 535 | 30 188 776 | 30 523 621 |
| Loiret | 55 036 619 | 54 171 974 | 17 991 898 | 17 952 024 |
| Lot | 30 850 967 | 32 234 650 | 9 777 576 | 9 901 226 |
| Lot et Garonne | 40 501 931 | 41 644 641 | 15 588 573 | 15 492 609 |
| Lozère | 9 313 811 | 9 461 287 | 3 288 341 | 3 305 783 |
| Maine et Loire | 54 502 048 | 59 187 943 | 22 999 697 | 23 524 875 |
| Manche | 45 848 258 | 45 782 062 | 18 157 736 | 17 829 811 |
| Marne | 33 375 444 | 34 000 871 | 13 220 351 | 13 459 908 |
| Haute-Marne | 15 985 789 | 16 259 346 | 6 815 115 | 6 799 289 |
| Mayenne | 25 919 135 | 25 350 472 | 10 652 064 | 10 423 610 |
| Meurthe et Moselle | 67 669 857 | 67 795 565 | 22 144 674 | 22 007 015 |
| Meuse | 16 356 901 | 16 402 741 | 6 637 608 | 6 620 192 |
| Morbihan | 72 216 094 | 72 886 712 | 25 762 170 | 26 276 642 |
| Moselle | 78 842 162 | 77 614 882 | 26 473 846 | 26 711 483 |
| Nièvre | 26 787 953 | 26 627 580 | 10 432 646 | 10 365 080 |
| Nord | 186 383 549 | 189 032 647 | 63 910 153 | 63 890 830 |
| Oise | 41 612 462 | 42 618 666 | 14 332 627 | 14 580 329 |
| Orne | 32 260 591 | 32 342 826 | 12 432 789 | 12 458 087 |
| Pas de Calais | 162 914 313 | 166 667 362 | 47 457 151 | 47 775 987 |
| Puy de Dôme | 62 737 038 | 67 128 396 | 20 441 103 | 20 920 759 |
| Pyrénées-Atlantiques | 62 674 518 | 63 463 407 | 23 453 389 | 23 298 987 |
| Hautes-Pyrénées | 37 383 619 | 38 658 294 | 11 482 031 | 11 729 688 |
| Pyrénées-Orientales | 49 851 969 | 48 177 336 | 19 275 596 | 18 905 590 |
| Bas-Rhin | 83 884 191 | 83 021 243 | 24 945 509 | 25 524 641 |
| Haut-Rhin | 54 037 892 | 54 034 574 | 17 454 661 | 17 421 558 |
| Rhône | 124 876 994 | 37 273 071 | 35 769 400 | 9 824 277 |
| Métropole de Lyon | | 96 943 735 | | 26 338 459 |
| Haute-Saône | 18 231 795 | 18 798 805 | 7 531 608 | 7 660 649 |
| Saône et Loire | 64 073 102 | 65 025 019 | 23 078 148 | 22 922 117 |
| Sarthe | 46 932 685 | 46 954 635 | 18 470 165 | 18 488 493 |
| Savoie | 38 336 996 | 37 791 114 | 8 835 743 | 8 658 452 |
| Haute-Savoie | 49 425 385 | 52 667 328 | 10 618 476 | 10 871 867 |
| Paris | 128 508 821 | 130 541 344 | 9 489 434 | 8 539 939 |
| Seine-Maritime | 120 958 897 | 114 831 219 | 34 908 367 | 33 801 467 |
| Seine et Marne | 56 437 033 | 59 856 604 | 15 694 685 | 16 490 296 |
| Yvelines | 51 267 919 | 51 849 566 | 12 425 008 | 12 474 940 |
| Deux-Sèvres | 38 682 744 | 40 597 771 | 14 699 870 | 14 787 953 |
| Somme | 58 657 756 | 60 320 800 | 18 076 588 | 18 233 449 |
| Tarn | 48 475 821 | 49 356 330 | 18 107 927 | 17 851 204 |

| | | | | |
|------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Tarn et Garonne | 28 832 432 | 28 283 522 | 9 882 838 | 9 604 766 |
| Var | 93 560 240 | 91 594 072 | 34 218 214 | 33 668 309 |
| Vaucluse | 43 323 277 | 41 639 482 | 15 866 526 | 15 500 359 |
| Vendée | 51 916 581 | 53 188 124 | 20 659 189 | 20 578 718 |
| Vienne | 35 326 890 | 34 177 076 | 14 487 463 | 14 274 220 |
| Haute-Vienne | 42 595 344 | 43 089 459 | 15 693 287 | 15 420 096 |
| Vosges | 32 041 873 | 31 894 625 | 12 522 492 | 12 468 753 |
| Yonne | 32 061 150 | 32 003 243 | 12 635 836 | 12 592 136 |
| Territoire de Belfort | 13 738 563 | 13 363 734 | 4 254 103 | 4 186 631 |
| Essonne | 50 179 118 | 51 602 828 | 13 964 026 | 14 317 694 |
| Hauts de Seine | 68 213 064 | 66 724 699 | 2 847 155 | 2 562 274 |
| Seine Saint Denis | 95 334 263 | 109 621 072 | 22 723 438 | 24 211 877 |
| Val de Marne | 70 346 147 | 73 953 383 | 19 515 207 | 19 671 333 |
| Val d'Oise | 55 621 224 | 53 230 075 | 14 959 997 | 14 608 516 |
| Guadeloupe | 42 902 184 | 42 778 532 | 15 008 028 | 15 141 792 |
| Martinique | 47 928 774 | 46 335 699 | 16 360 499 | 16 104 842 |
| Guyane | 5 869 362 | 6 106 155 | 2 662 670 | 2 725 168 |
| Réunion | 85 785 433 | 87 400 189 | 23 788 073 | 24 138 125 |
| Total | 5 475 366 459 | 5 552 414 418 | 1 775 482 349 | 1 773 132 732 |

Annexe 4 : Montants de compensation prévisionnels attribués aux départements au titre de l'APA

| Département | Part de la charge nouvelle résultant des dispositions des articles D. 232-9-1 et D. 232-9-2, de la revalorisation des plafonds de l'allocation fixés à l'article R. 232-10 et de la modification des règles de participation financière des bénéficiaires de l'allocation fixées à l'article R. 232-11, dans leur rédaction résultant du décret n° 2016-xxx relatif à la revalorisation et à l'amélioration de l'allocation personnalisée d'autonomie et simplifiant l'attribution des cartes d'invalidité et de stationnement pour leurs bénéficiaires (%) | Montant prévisionnel attribué au titre de l'année 2016 (€) | Montant prévisionnel attribué chaque année au titre des années 2017 et 2018 (€) |
|-------------------------|---|--|---|
| Ain | 0,61 % | 1 870 565 | 2 767 265 |
| Aisne | 1,10 % | 3 373 150 | 4 990 150 |
| Allier | 0,65 % | 1 993 225 | 2 948 725 |
| Alpes-de-Haute-Provence | 0,33 % | 1 011 945 | 1 497 045 |
| Hautes-Alpes | 0,26 % | 797 290 | 1 179 490 |
| Alpes-Maritimes | 2,06 % | 6 316 990 | 9 345 190 |
| Ardèche | 0,61 % | 1 870 565 | 2 767 265 |
| Ardennes | 0,65 % | 1 993 225 | 2 948 725 |
| Ariège | 0,29 % | 889 285 | 1 315 585 |
| Aube | 0,60 % | 1 839 900 | 2 721 900 |
| Aude | 0,58 % | 1 778 570 | 2 631 170 |
| Aveyron | 0,65 % | 1 993 225 | 2 948 725 |
| Bouches-du-Rhône | 2,83 % | 8 678 195 | 12 838 295 |

| | | | |
|-------------------|--------|-----------|------------|
| Calvados | 1,36 % | 4 170 440 | 6 169 640 |
| Cantal | 0,31 % | 950 615 | 1 406 315 |
| Charente | 0,65 % | 1 993 225 | 2 948 725 |
| Charente-Maritime | 1,08 % | 3 311 820 | 4 899 420 |
| Cher | 0,57 % | 1 747 905 | 2 585 805 |
| Corrèze | 0,52 % | 1 594 580 | 2 358 980 |
| Côte-d'Or | 0,67 % | 2 054 555 | 3 039 455 |
| Côtes-d'Armor | 0,76 % | 2 330 540 | 3 447 740 |
| Creuse | 0,33 % | 1 011 945 | 1 497 045 |
| Dordogne | 0,68 % | 2 085 220 | 3 084 820 |
| Doubs | 0,98 % | 3 005 170 | 4 445 770 |
| Drôme | 0,74 % | 2 269 210 | 3 357 010 |
| Eure | 0,77 % | 2 361 205 | 3 493 105 |
| Eure-et-Loir | 0,56 % | 1 717 240 | 2 540 440 |
| Finistère | 1,27 % | 3 894 455 | 5 761 355 |
| Corse-du-Sud | 0,46 % | 1 410 590 | 2 086 790 |
| Haute-Corse | 0,60 % | 1 839 900 | 2 721 900 |
| Gard | 1,35 % | 4 139 775 | 6 124 275 |
| Haute-Garonne | 2,50 % | 7 666 250 | 11 341 250 |
| Gers | 0,45 % | 1 379 925 | 2 041 425 |
| Gironde | 2,86 % | 8 770 190 | 12 974 390 |
| Hérault | 2,96 % | 9 076 840 | 13 428 040 |
| Ille-et-Vilaine | 1,13 % | 3 465 145 | 5 126 245 |
| Indre | 0,39 % | 1 195 935 | 1 769 235 |
| Indre-et-Loire | 0,70 % | 2 146 550 | 3 175 550 |
| Isère | 2,01 % | 6 163 665 | 9 118 365 |
| Jura | 0,26 % | 797 290 | 1 179 490 |

| | | | |
|----------------------|--------|------------|------------|
| Landes | 0,73 % | 2 238 545 | 3 311 645 |
| Loir-et-Cher | 0,57 % | 1 747 905 | 2 585 805 |
| Loire | 0,89 % | 2 729 185 | 4 037 485 |
| Haute-Loire | 0,25 % | 766 625 | 1 134 125 |
| Loire-Atlantique | 1,02 % | 3 127 830 | 4 627 230 |
| Loiret | 1,31 % | 4 017 115 | 5 942 815 |
| Lot | 0,51 % | 1 563 915 | 2 313 615 |
| Lot-et-Garonne | 0,66 % | 2 023 890 | 2 994 090 |
| Lozère | 0,08 % | 245 320 | 362 920 |
| Maine-et-Loire | 0,51 % | 1 563 915 | 2 313 615 |
| Manche | 0,67 % | 2 054 555 | 3 039 455 |
| Marne | 0,58 % | 1 778 570 | 2 631 170 |
| Haute-Marne | 0,26 % | 797 290 | 1 179 490 |
| Mayenne | 0,20 % | 613 300 | 907 300 |
| Meurthe-et-Moselle | 1,15 % | 3 526 475 | 5 216 975 |
| Meuse | 0,21 % | 643 965 | 952 665 |
| Morbihan | 1,00 % | 3 066 500 | 4 536 500 |
| Moselle | 1,51 % | 4 630 415 | 6 850 115 |
| Nièvre | 0,41 % | 1 257 265 | 1 859 965 |
| Nord | 3,13 % | 9 598 145 | 14 199 245 |
| Oise | 0,83 % | 2 545 195 | 3 765 295 |
| Orne | 0,49 % | 1 502 585 | 2 222 885 |
| Pas-de-Calais | 3,46 % | 10 610 090 | 15 696 290 |
| Puy-de-Dôme | 1,03 % | 3 158 495 | 4 672 595 |
| Pyrénées-Atlantiques | 1,17 % | 3 587 805 | 5 307 705 |
| Hautes-Pyrénées | 0,75 % | 2 299 875 | 3 402 375 |
| Pyrénées-Orientales | 1,01 % | 3 097 165 | 4 581 865 |

| | | | |
|-----------------------|--------|------------|------------|
| Bas-Rhin | 1,74 % | 5 335 710 | 7 893 510 |
| Haut-Rhin | 0,98 % | 3 005 170 | 4 445 770 |
| Métropole de Lyon | 2,00 % | 6 133 000 | 9 073 000 |
| Nouveau Rhône | 0,67 % | 2 054 555 | 3 039 455 |
| Haute-Saône | 0,26 % | 797 290 | 1 179 490 |
| Saône-et-Loire | 0,90 % | 2 759 850 | 4 082 850 |
| Sarthe | 0,60 % | 1 839 900 | 2 721 900 |
| Savoie | 0,64 % | 1 962 560 | 2 903 360 |
| Haute-Savoie | 1,02 % | 3 127 830 | 4 627 230 |
| Paris | 3,44 % | 10 548 760 | 15 605 560 |
| Seine-Maritime | 2,50 % | 7 666 250 | 11 341 250 |
| Seine-et-Marne | 1,38 % | 4 231 770 | 6 260 370 |
| Yvelines | 1,58 % | 4 845 070 | 7 167 670 |
| Deux-Sèvres | 0,39 % | 1 195 935 | 1 769 235 |
| Somme | 1,15 % | 3 526 475 | 5 216 975 |
| Tarn | 0,77 % | 2 361 205 | 3 493 105 |
| Tarn-et-Garonne | 0,47 % | 1 441 255 | 2 132 155 |
| Var | 2,47 % | 7 574 255 | 11 205 155 |
| Vaucluse | 0,77 % | 2 361 205 | 3 493 105 |
| Vendée | 0,45 % | 1 379 925 | 2 041 425 |
| Vienne | 0,45 % | 1 379 925 | 2 041 425 |
| Haute-Vienne | 0,74 % | 2 269 210 | 3 357 010 |
| Vosges | 0,41 % | 1 257 265 | 1 859 965 |
| Yonne | 0,45 % | 1 379 925 | 2 041 425 |
| Territoire de Belfort | 0,26 % | 797 290 | 1 179 490 |
| Essonne | 1,14 % | 3 495 810 | 5 171 610 |
| Hauts-de-Seine | 1,67 % | 5 121 055 | 7 575 955 |

| | | | |
|--------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| Seine-Saint-Denis | 2,23 % | 6 838 295 | 10 116 395 |
| Val-de-Marne | 1,81 % | 5 550 365 | 8 211 065 |
| Val-d'Oise | 1,28 % | 3 925 120 | 5 806 720 |
| Guadeloupe | 0,71 % | 2 177 215 | 3 220 915 |
| Martinique | 0,73 % | 2 238 545 | 3 311 645 |
| Guyane | 0,05 % | 153 325 | 226 825 |
| La Réunion | 1,26 % | 3 863 790 | 5 715 990 |
| Saint-Pierre-et-Miquelon | 0,01 % | 30 665 | 45 365 |
| Mayotte | 0,06 % | 183 990 | 272 190 |
| Saint-Barthélemy | 0,01 % | 30 665 | 45 365 |
| Saint-Martin | 0,02 % | 61 330 | 90 730 |
| Total | 100,00 % | 306 650 000 | 453 650 000 |

Annexe 5 : Le forfait global d'un SAAD sous CPOM, Jean-Pierre Hardy

14 Avis d'expert

Le forfait global d'un SAAD sous CPOM

Expert des questions de financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux, Jean-Pierre Hardy poursuit pour Le JDD sa réflexion éclairante sur la tarification des SAAD.

Il faut imaginer Sisyphe heureux de faire remonter son rocher sans parvenir à le faire basculer de l'autre côté... Il en va de même pour la tarification des SAAD habilités à l'aide sociale (rappelons que c'est bien l'habilitation à l'aide sociale au sens de l'ancienne aide-ménagère et non de l'APA qui entraîne la tarification administrée des SAAD aujourd'hui tous autorisés). Alors que le sénateur Georges Labazée vient de se voir confier une mission sur la tarification des SAAD et que la loi ASV a reconnu les « CPOM SAAD » financés par forfait global, le décret d'application relatif à ce dernier est très attendu.

La participation des personnes accompagnées sous la forme d'un abonnement

La loi ASV a inséré à l'article L.232-4 du CASF¹ un nouvel troisième alinéa qui précise : « *Lorsque le bénéficiaire recourt à un service d'aide et d'accompagnement à domicile financé par forfait global dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens [...], son allocation et sa participation peuvent, dans des conditions définies par décret, être calculées de façon forfaitaire au regard du plan d'aide qu'il a accepté.* »

1. Code de l'Action Sociale et des Familles

Les modalités de cette participation forfaitaire ont été fixées à l'article D.232-11-1 du CASF. Cette participation (sur la base du plan d'aide accepté et non plus réalisé, compte tenu des écarts inévitables entre les deux) a été appelée « abonnement » dans le cadre du protocole d'accord signé en septembre 2011 entre l'ADFE² et le collectif des fédérations de l'aide à domicile, qui faisait suite aux préfigurations 2010 / 2015. Ces dernières sont devenues des expérimentations dans 15 départements (arrêté du 30 août 2012, qui a fixé le cahier des charges des expérimentations et le contenu du CPOM).

L'urgence du décret « forfait global APA » pour les SAAD

Ces expérimentations de « l'abonnement » et du forfait global ont fait l'objet d'une évaluation positive de l'IGAS en mai 2015, ce qui a permis de finaliser dans la loi ASV l'article L.313-11-1 du CASF relatif au CPOM financé par forfait global dans les SAAD. L'expérimentation est terminée depuis le 31 décembre 2015 et ne peut pas être reconduite.

Il est donc urgent de publier le décret qui doit préciser les modalités de calcul du forfait glo-

bal en application du 5^e de cet article L.313-11-1. La mise en œuvre dudit article, en particulier des missions des 6^e, 8^e et 9^e, est impossible dans le cadre d'un tarif horaire. Ces missions ne peuvent faire l'objet que de forfaits pour mission d'intérêt général et d'aide à l'amélioration de la qualité (MIGAAQ).

La chose devrait être facile puisqu'il s'agit de remonter à un niveau décretal l'annexe 2 de l'arrêté du 30 août 2012 précité, et de prendre en compte les enseignements de l'Etude Nationale des Coûts des SAAD (ENC-SAAD) publiée en mai 2016. La CNSA devrait publier prochainement son étude nationale sur les plans d'aide APA, qui devrait permettre de fixer des plans d'aide « planchers ».

S'appuyer sur l'Etude Nationale des Coûts des SAAD

A défaut d'une équation tarifaire – comme celle de la dépendance dans les EHPAD calculée sur la base du GMP – de la file active du SAAD (dont les conditions techniques et politiques ne sont pas encore réunies), le calcul du forfait global APA peut se faire selon plusieurs étapes.

Détermination du nombre d'heures d'intervention

L'ENC-SAAD permet de calculer un nombre d'heures d'interventions directes à domicile de la file active d'un SAAD. (cf graphique ci-contre)

A ces moyennes (qui sont parfois des moyennes de moyennes), sont apportées des majorations horaires des plans d'aide tenant compte de diverses problématiques. (cf tableau p. 15)

A ces heures d'interventions directes à domicile, il faut ajouter les heures « non présentielle », prenant en compte déplacements, formations, supervision des pratiques professionnelles et absentéisme non compensé par la sécurité sociale.

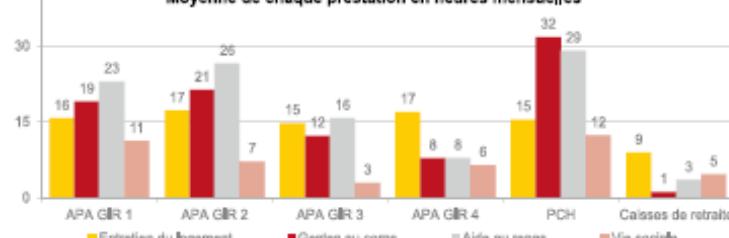
Si on en croit l'ENC, le total des heures d'inter-

3. Prévention de la perte d'autonomie et optimisation des parcours de soins (6^e); prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (8^e); coordination avec les autres organismes (9^e)

2. Assemblée des Départements de France

Les plans d'aide selon l'ENC

Moyenne de chaque prestation en heures mensuelles



| Profils | APA GIR 1 | APA GIR 2 | APA GIR 3 | APA GIR 4 | PCH | Caisses de retraite |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----|---------------------|
| Moyenne mensuelle des heures par plan d'aide | 52 | 53 | 34 | 24 | 72 | 11 |

| | APA GIR 1 | APA GIR 2 | APA GIR 3 | APA GIR 4 | PCH | CARSAT |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----|--------|
| Majoration pour comportements à problèmes | | | +4 | +4 | | |
| Majoration pour problématique de santé | +5 | +5 | +2 | +2 | +12 | |
| Minoration aidants actifs | +1 | +1 | -1 | -1 | -12 | +2 |
| Minoration logement adapté | -3 | -4 | | | -16 | |

ventions directes à domicile doit donc être majoré au minimum de 10%. Le décret attendu devrait renvoyer à un arrêté ministériel ce taux « plancher » de majoration de 10%, dont le dépassement pourrait être prévu dans le CPOM (c'est un « plancher » et non un « plafond ») en fonction des réalités locales : longueurs et temps des trajets, niveaux de formation...

Le total global des heures présentielles et non présentielles divisé par le temps légal de travail de 1 607 heures permet au SAAD de calculer le nombre d'aides à domicile nécessaire pour réaliser l'activité contractualisée dans le CPOM. Le nombre d'ETP retenu, multiplié par les coûts moyens de ces postes chargés, permet d'obtenir la masse salariale.

Le 7^e de l'article L.313-11-1 prévoit la fixation dans le cadre du CPOM d'objectifs de qualification et de promotion professionnelles qui devraient prendre en compte le GMP de la file active du SAAD et le poids des personnes relevant de la PCH (selon l'ENC, la PCH équivaut à un GIR APA 1 multiplié par deux).

De la masse salariale au forfait global APA

Le forfait global APA d'un SAAD sous CPOM est égal au montant de la masse salariale des aides à domicile majorée au minimum de 25% (évaluation de l'ENC-SAAD des frais de structure et des fonctions « support ») mais diminué :

- De la quote-part du forfait global PCH (calculé selon les mêmes modalités que le forfait APA) ;
- Des forfaits CARSAT ;
- Des participations des bénéficiaires de l'APA calculées en application de l'article D.232-11-1.

Là encore, le décret devrait renvoyer à un arrêté ministériel la fixation de ce taux « plancher ».

Dans le cadre de l'expérimentation, la partici-

pation des bénéficiaires de l'APA était calculée en reprenant la formule de l'article R. 232-11 du CASF, sachant que le montant du plan d'aide correspond à la fraction du plan d'aide acceptée par le bénéficiaire et non plus celui du plan d'aide utilisé. Ce mode de calcul permet d'avoir le même montant de l'abonnement sur tous les SAAD du département afin de favoriser une concurrence entre SAAD sur la qualité et non sur les prix. Un bénéficiaire, dont le plan d'aide apparaît sous-dimensionné ou surdimensionné peut en demander la révision pour ajuster sa participation financière.

Les divers financements du SAAD sous CPOM

Au forfait global APA « aides humaines » pourront s'ajouter d'autres forfaits « aides techniques », « prévention de l'aggravation de la dépendance » et « adaptation du logement », donnant un forfait intégral APA à domicile.

Si la conférence des financeurs doit suivre les actions mises en œuvre par les SAAD, elle ne peut pas les financer. Seuls les SPASAD peuvent obtenir des financements de leurs actions de prévention par cette instance. Mais les actions des SAAD (un poste d'ergothérapeute par exemple) peuvent être financées par les Conseils départementaux, les ARS (sur leurs crédits FIR ou de prévention), les CARSAT et la CNSA ou au titre des missions d'intérêt général et d'aide à l'amélioration de la qualité (MIGAAQ).

Modalité de versement et d'actualisation des forfaits

Le versement de ce forfait annuel global se fait par douzième en application de l'article R.314-107 du CASF. Les règles d'actualisation annuelle du forfait global prévues au CPOM (taux annuel du Département, taux d'évolution du SMIC, taux de revalorisation du point de la

CCN BAD⁴) sont mises en œuvre sur la durée du CPOM.

L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) remplace le budget prévisionnel, le budget exécutoire, les virements de crédits et les décisions budgétaires modificatives. L'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD) de l'exercice précédent est transmis le 31 mars de l'année suivante.

Le dialogue de gestion avec le Conseil Départemental, l'ARS et la CARSAT doit permettre :

- L'analyse des écarts ;
- L'ajustement itératif des objectifs notamment pour mieux les étaler sur la durée du CPOM ;
- Les mesures d'adaptation volume d'activité / prix ;
- L'imputation en fonds dédiés (compte 19) de certains forfaits (prévention, aide aux aidants, aides techniques, adaptation des logements) non entièrement utilisés ;
- L'affectation libre des résultats dans le respect de l'article R.314-51 du CASF et des objectifs en matière de capacité d'autofinancement (CAF) approuvée dans le cadre de l'EPRD et l'ERRD.

Le cahier des charges des SPASAD expérimentaux offre une option pour le financement de la dépendance, entre un forfait global qui attend donc son décret d'application et les trois tarifs horaires prévus par les articles R.314-130 à 134 du CASF, qui n'ont jamais été mis en œuvre. Ces derniers ne permettent pas de prendre en compte les actions de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance et les actions de prévention de la perte d'autonomie prévues au 6^e et au 8^e de l'article L.313-11-1 sur le contenu des « CPOM SAAD ».

Le CPOM valant mandattement au sens du droit communautaire, le forfait global prenant en compte ces missions d'intérêt général permet de s'abstraire des accusations de distorsion de concurrence.

4. Convention collective nationale de la branche de l'aide à domicile

par Jean-Pierre HARDY,
chargé d'enseignement à l'EHESS
à Paris 2 et Paris 12 et
à Sciences Po Paris -
Vice-président de France Horizon

Auteur de « *Attribution et financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux* »,
4^e édition, Dunod, 2015



Annexe 6 : Décomposition des couts horaires d'intervention à domicile, Philippe Pichery

DECOMPOSITION DES COUTS HORAIRES D'INTERVENTION A DOMICILE

| COMPOSANTES DU COUT | Mini (en €) | Moyen (en €) | Maxi (en €) | OBSERVATIONS |
|---|------------------------|-------------------------|------------------------|---|
| Rémunération horaire de l'intervenant (toutes charges salariales et patronales) | 12,00 | 13,00 | 14,00 | Impact de la qualification des salariés (A/B/C) et de leur ancienneté (fidélisation) → qualité du service |
| Productivité | 82% 2,16 | 80% 2,60 | 78% 3,08 | Congés annuels Temps de déplacement Formations Réunions coordination/échanges d'expériences Droit local ? (congés et jours fériés, carences sur absences de courte durée). <i>bonnes f. + à l'heure</i> |
| Indemnisation km de déplacement | 4 km 1,40 | 5 km 1,75 | 6 km 2,10 | Etendue du territoire et densité des clients et intervenants Service universel (ruralité) Frais de parking ? |
| Charges de structure (Planification/ Ressources Humaines / Comptabilité/ Finances/Payes/ Facturation/Développement) | 2,50 | 3,50 | 4,50 | Minimum indispensable Amortissement sur plus ou moins d'heures d'intervention (200 000 / 500 000 / 800 000) Mutualisation ? |
| TOTAL | 18,06 € | 20,85 € | 23,68 € | Large amplitude de coûts |