

MISSION CONFIEE PAR MADAME ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN
Ministre des solidarités et de la cohésion sociale

A

Madame Bérengère POLETTI
Députée des Ardennes

**MISSION RELATIVE AUX DIFFICULTES FINANCIERES DE L'AIDE A
DOMICILE ET AUX MODALITES DE TARIFICATION ET D'ALLOCATION
DE RESSOURCES DES SERVICES D'AIDE A DOMICILE POUR PUBLICS
FRAGILES**

Janvier 2012

LETTRE DE MISSION



Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale

Paris, le 21 JUIL. 2011

La Ministre

Cab RBN/LB/MA- Me D 11-5227

Madame la députée,

Le débat national relatif à la dépendance a confirmé la préférence de nos concitoyens pour le maintien à domicile. Si celui-ci est possible, c'est d'abord parce qu'il existe une offre d'accompagnement suffisante et de qualité.

Or, les difficultés financières que connaît le secteur de l'aide à domicile, particulièrement aiguës depuis deux ans, le fragilisent de plus en plus. Les facteurs explicatifs sont multiples et les mécanismes complexes, comme plusieurs rapports et études l'ont montré.

A l'heure où le Gouvernement prépare une réforme de la prise en charge de la perte d'autonomie, le dialogue engagé avec les représentants du secteur de l'aide à domicile nous a également permis d'identifier le besoin persistant de modernisation et de rationalisation de la gestion des structures. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est engagée auprès des fédérations et des Conseils généraux dans le soutien au secteur, mais il semble qu'un effort supplémentaire pourrait être fait. Enfin, les observations des acteurs de terrain font apparaître des situations hétérogènes sur les territoires en matière de tarification de l'aide à domicile et, globalement, un système perfectible.

Nous devons rapidement élaborer des mesures en réponse aux difficultés des services d'aide à domicile agréés et autorisés. Je souhaite solliciter votre appui pour la conception de ces mesures à travers trois axes pouvant constituer des phases de votre mission :

1° Si la fragilité voire la crise du secteur est un constat partagé, il est indispensable d'y voir plus clair quant à l'étendue des difficultés financières des services. Vous pourriez, dans cette perspective, dresser un bilan précis et chiffré des services en difficulté, et développer une analyse permettant de comprendre les évolutions ayant mené à la situation actuelle. Les conséquences de la suppression de l'exonération des cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales doivent également être objectivées.

.../...

Madame Bérengère POLETTI
Députée des Ardennes
Assemblée Nationale
126, rue de l'université
75355 PARIS 07 SP

Vous pourrez compter, pour cette phase de bilan comme d'ailleurs pour le reste de votre mission, sur l'appui de la Direction générale de la cohésion sociale, qui a entamé un travail de recueil de données auprès des fédérations d'associations et d'entreprises d'aide à domicile, et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

2° Je souhaite également vous confier un travail de réflexion sur les leviers mobilisables, en complément de l'action de la CNSA, pour renforcer le soutien à la modernisation des services et à l'optimisation de leurs modes de gestion. C'est en effet grâce à ces évolutions plus structurelles que les services d'aide à domicile pourront consolider leur situation et présenter de meilleures garanties de pérennité et de continuité de service.

3° Enfin, les principes et les modalités de tarification des services d'aide à domicile, inégalement mises en œuvre, trop complexes et inadaptées à la grande variété des interventions doivent être revus. Vos propositions et votre évaluation des différents scénarii déjà proposés devront aboutir à rendre possible une réforme de la tarification de l'aide à domicile posant des bases solides pour l'avenir.

Je souhaite que vous me proposiez un rapport intermédiaire avant la fin du mois de septembre 2011, faisant le bilan précis des difficultés actuelles, structurelles comme conjoncturelles, et proposant des mesures urgentes pour y répondre. Vous pourrez me faire parvenir au cours du mois de décembre votre rapport final, contenant votre diagnostic et vos propositions relatives à la structuration et à la tarification de l'aide à domicile à moyen terme.

Je vous prie d'agréer, madame la députée, l'expression de mes salutations distinguées *et les plus amicales.*



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Copies à : Madame Sabine FOURCADE, directrice générale de la cohésion sociale
Madame Anne-Marie BROCAS, directrice de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

SYNTHESE

Depuis fin 2009, le secteur de l'aide et de l'accompagnement à domicile se trouve dans une situation financière difficile en raison de la crise qui réduit les capacités financières de la plupart de ses contributeurs, en particulier des conseils généraux, alors même que les besoins de la population à domicile vont croissants et se diversifient sous l'influence de changements culturels et générationnels importants.

Or le maintien à domicile, qu'il s'agisse de l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne ou des soins des publics fragiles, demeure une priorité des pouvoirs publics. Dans le cadre des débats réalisés sur la prise en charge de la dépendance des personnes âgées, il a été mis en évidence le souhait de près de 80% d'entre elles de demeurer à leur domicile, même une fois entrées dans la dépendance¹. L'accompagnement par les pouvoirs publics de cette évolution de fond passe nécessairement par un renforcement des dispositifs de prise en charge. Ils doivent permettre le maintien à domicile des personnes fragiles, qu'il s'agisse de personnes handicapées ou de personnes âgées, une meilleure coordination des interventions autour de la personne aidée et un accompagnement du secteur pour sa modernisation afin de lui permettre de répondre à ce défi générationnel et organisationnel.

Toute la difficulté du secteur tient à ce paradoxe : une nécessaire montée en charge et en qualité de ces dispositifs, répondant mieux aux besoins des usagers, face à une situation financière difficile pour un nombre important de services d'aide à domicile. Face à ce paradoxe, le bénéficiaire du service souhaite, quant à lui, conserver le choix de son mode de vie, tout en consacrant une part raisonnable de son revenu à cette prise en charge de la perte d'autonomie ou du handicap.

Au-delà des seules questions financières et de tarification de l'aide à domicile, le cœur de sujet de la lettre de mission, ce sont des questions bien plus larges qui sont apparues au détour des auditions et des déplacements réalisés dans plusieurs départements. C'est pourquoi, la mission a centré les réflexions de son rapport sur les points suivants :

- une analyse des difficultés financières des services d'aide à domicile en début de mission pour déterminer les propositions qui pourraient rapidement faire l'objet de mesures législatives dans le cadre des projets de lois de financement de la sécurité sociale et de

¹ Voir notamment le rapport issu des travaux du groupe de travail « Accueil et accompagnement des personnes âgées », conduit par Madame Evelyne RATTE de février à juin 2011.

finances pour 2012. Ces mesures avaient vocation de soulager rapidement les difficultés les plus criantes des SAAD ;

- un examen des règles de tarification, mais également des raisons expliquant les difficultés financières du secteur conduisent à mettre en exergue des problématiques bien plus larges que la seule question économique : les difficultés de gouvernance du secteur et de coordination de l'accompagnement participent également du manque d'efficacité de la politique de maintien à domicile ;
- une analyse des modalités d'application des règles de tarification du code a conduit à rechercher les solutions les plus efficaces pour répondre de façon structurelle aux difficultés du secteur tout en prenant en compte les besoins des personnes prises en charge. Parmi ces solutions, la mission s'est attachée à réaliser une évaluation des scénarii déjà en présence (ADF et IGAS-IGF) et à dégager des pistes d'expérimentation supplémentaires. Parce que la question est indissociable de la tarification, ceci passe également par des propositions visant à mieux solvabiliser les publics les plus fragiles.

1 – Les difficultés financières auxquelles doivent faire face les services d'aide à domicile ont des raisons conjoncturelles, essentiellement dues à la contraction des financements publics, mais également des causes structurelles qui exigent des réformes de fond.

Les éléments portés à la connaissance de la mission décrivent un secteur aux prises avec de réelles difficultés financières. Les données fournies par les administrations, les conseils généraux et les fédérations du secteur mettent en exergue une situation difficile, voire alarmante dans certains cas, quant au niveau de trésorerie, de fonds propres des services, qui, une fois comblés les résultats négatifs sur plusieurs années, ne sont plus en mesure d'assurer la survie de la structure. Tout type de services sont concernés, quels que soient leur ancienneté, leur statut juridique, leur volume d'activité.

Des raisons conjoncturelles ont fragilisé le secteur qui ne font que révéler de façon plus aigüe des faiblesses structurelles d'organisation de l'aide à domicile. Elles tiennent à une contraction des financements publics, notamment de la part des conseils généraux, mais également des municipalités qui restreignent les subventions qu'elles accordaient jusqu'alors pour le maintien à domicile. Parallèlement, il a pu être constaté une augmentation des créances clients et une baisse du volume d'activité (due le plus souvent à une baisse des plans d'aide non souhaitée par les bénéficiaires). Dans le même temps, la suppression des exonérations de charges en 2011, non prévue par les financeurs, a indéniablement fragilisé le secteur.

Toutefois, il ressort de cette analyse que des causes structurelles expliquent également la mauvaise situation financière : un coût de revient qui n'est pas couvert par la tarification, des règles de tarification appliquées de façon extrêmement variable d'un département à l'autre, une incapacité des financeurs à réguler le système et à rendre les structures plus efficaces quand ils n'ont pas mis en œuvre de référentiels de coûts et indicateurs adaptés, une organisation des services rigide en raison de prédominance des charges de masse salariale et pas toujours optimale en termes d'efficacité de gestion.

Dans ce contexte, il était indispensable, dès le rapport intermédiaire, de centrer les propositions sur des mesures dites « d'urgence », car susceptibles d'être présentées lors des débats des lois de finance et de financement de la sécurité sociale, afin de soutenir économiquement le secteur dans l'attente d'une réforme de fond. C'est pourquoi il a été proposé de mettre en place un fonds exceptionnel de restructuration des services les plus en difficultés pour stabiliser le secteur, mais également de réintégrer les intervenantes de l'aide à domicile pour les familles dans le champ des

exonérations de charges patronales de sécurité sociale, cette activité ayant particulièrement pâti de cette suppression lors de la loi de finances pour 2011. Ces deux mesures ont été adoptées dans le cadre des lois de finances et de financement de la sécurité sociale en fin d'année 2011. Dans le même temps, il a été acté le principe d'une expérimentation élargie à plusieurs modèles de nouvelles formules de tarification.

2 – L'analyse des difficultés financières du secteur a montré qu'au-delà de la seule problématique financière, un problème de gouvernance et une instabilité de l'offre nuisent à un pilotage efficient des services et des prestations rendues auprès des bénéficiaires.

Comme le notent la plupart des rapports qui ont été présentés sur le secteur, la pratique du droit d'option s'avère particulièrement compliquée, à la fois pour les institutions en charge de l'autorisation ou agrément de ces services, mais également pour les services et les usagers eux-mêmes. La philosophie même de la loi « hôpital, patients, santé et territoires » s'agissant de la prise en charge des publics fragiles a contribué, à mettre en exergue la difficulté à gérer une partie des services portés aux publics les plus fragiles hors du champ médico-social, alors même que le principe de la loi HPST fait de l'autorisation par appel à projet l'un des principaux outils de la régulation de l'offre sur le champ (même dans le cas de financements publics indirects). Les deux logiques à l'œuvre dans le droit d'option – la réponse aux besoins identifiés sur le terrain par une régulation de l'offre dans le cas de l'autorisation et la création d'un secteur à gisement d'emplois potentiellement important pour l'agrément – ne satisfont pleinement aucun des acteurs du secteur. Le droit d'option suscite des incompréhensions et des rejets de part et d'autre des deux régimes.

Il est souhaitable à ce titre de réfléchir à une nouvelle gouvernance de ce secteur d'activité qui se trouve artificiellement divisé entre les services du travail et les institutions habituellement en charge du secteur médico-social. Celle-ci doit passer par une solution visant à réintégrer l'ensemble de l'activité du maintien à domicile dans un ensemble plus large de prise en charge sociale, médico-sociale et sanitaire. L'esprit de la loi HPST militerait pour rendre l'ARS autorité d'agrément, intégrant du même coup l'ensemble des modes de prise en charge en filière, du maintien à domicile, en passant par les établissements d'hébergement jusqu'aux dispositifs sanitaires.

Cette évolution, accompagnée de la mise en œuvre d'outils communs à l'ensemble du secteur et des institutions le composant, aurait pour vertu de favoriser une meilleure coordination des prises en charge autour de la personne accompagnée, gage d'une plus grande efficacité et fluidité de l'ensemble de la filière de prise en charge, et, par conséquent, source d'économies (meilleure articulation des acteurs autour de la personne, réduction des hospitalisations injustifiées, actes non doublonnés...).

Les propositions sur la gouvernance du secteur de l'ADF – collectif des 14 et de la mission IGAS-IGF procèdent de la même analyse, même si les solutions adoptées basculent dans le champ de l'autorisation l'intégralité des publics fragiles, ce qui ne serait pas sans poser des difficultés de gestion pour les services, se situant aujourd'hui dans le champ de l'agrément.

3 – Une réforme des modalités d'allocation des financements publics est nécessaire et doit être l'occasion de mieux répondre aux besoins des bénéficiaires de cette aide, en mettant plus particulièrement l'accent sur une meilleure solvabilisation des plus fragiles.

L'application des règles de tarification est très hétérogène d'un département à l'autre, tout comme la gestion du droit d'option par les conseils généraux et les unités territoriales DIRECCTE. Les différences concernent à la fois le niveau de compensation des charges (soit par la tarification, soit par la valorisation du plan d'aide), les liens que les différents financeurs entretiennent entre eux, que les départements entretiennent avec les services et le niveau de reste à charge laissé à l'utilisateur.

Les règles de tarification, sur le champ des services autorisés et habilités à l'aide sociale, reposent sur une discussion budgétaire annuelle et itérative entre le SAAD et les services du conseil général. La discussion porte sur l'acceptation par le financeur des charges historiques de la structure. Cette procédure de tarification est peu dynamique et ne permet pas de déterminer au mieux la réponse à apporter aux besoins des usagers, sur la base d'un projet de service. Or, le propos d'une réforme aboutie des règles d'allocation des moyens est la capacité de répondre de la façon la plus efficiente possible aux besoins des usagers, surtout dans le cas des publics les plus fragiles. C'est pourquoi il est proposé de renverser la procédure en évaluant, en fonction des prestations rendues et selon les besoins des personnes accompagnées, dans un cadre contractuel le montant de la dotation dont le service a besoin pour remplir ses missions. Cette dynamique budgétaire, plus conforme à l'esprit de la loi HPST et au droit européen, doit également permettre aux usagers de choisir librement le prestataire de leur choix.

Les propositions déjà en présence (ADF-collectif des 14 et IGAS-IGF) cherchent à entrer dans cette dynamique. De la même façon les modalités de tarification qui sont préconisées dans le cadre de ce rapport s'inscrivent dans cette même volonté. Seules diffèrent les modalités d'attribution des financements, avec dans le cas de l'ADF-collectif des 14 l'adoption d'un principe de versement forfaitaire et dans le cas de l'IGAS et de l'IGF le maintien d'une tarification horaire.

La pratique actuelle de la majorité des conseils généraux, le principe d'accompagnement individualisé de l'allocation personnalisée d'autonomie, la valorisation horaire des plans d'aide APA (leur contrôle, leur attribution) font du tarif horaire une référence encore incontournable pour la majorité des conseils généraux et pour les usagers des services. A ce titre, il est préconisé, dans le même esprit et pour les mêmes raisons que le note le rapport IGAS-IGF, de maintenir le principe d'une tarification valorisée à l'heure.

Sur la base de ce principe, un panier type de prestations de base devrait être identifié auquel serait associé un tarif de référence national (sous forme de fourchette), qui servirait à la fois de base de valorisation au plan d'aide APA pour les bénéficiaires recourant à tout type de service qu'il soit agréé ou autorisé, mais également de base au calcul du ticket modérateur APA du bénéficiaire de l'aide. Il s'agit du tarif de référence socle. Par le biais de la contractualisation d'objectifs de missions de service public faite entre le service et le conseil général, des augmentations de dotation devraient être déterminées sur la base de la prise en charge par les services de missions spécifiques visant à compenser les situations de fragilités particulières (sociale, géographique, autre...). Ces tarifs de compensation de service public ainsi que le tarif de référence socle donnent lieu à la mise en place d'indicateurs d'efficience ou d'organisation que doivent respecter les services (synthèse du modèle p. 56).

Enfin, même s'ils sont liés à une compensation individualisée de la perte d'autonomie, les financements indirects sont indissociables de la tarification des services parce qu'ils en compensent les charges financières. A ce titre, et même si cette préconisation devrait s'inscrire plus largement dans une réflexion sur la prise en charge de la dépendance, il apparaît nécessaire, en même temps qu'est assurée aux services une juste compensation des missions réalisées pour les plus prises en charge les plus complexes, de mieux solvabiliser les personnes les plus fragiles. S'agissant du reste à charge laissé à l'utilisateur, si l'effet prix est neutralisé dans le modèle de tarification présenté ici, puisque la participation est calculée sur le tarif de référence socle, l'effet volume du plan d'aide (pour ceux ayant le plus gros besoin en volume d'accompagnement) doit être expertisé afin que l'écart du taux d'effort soit réduit entre les personnes les plus dépendantes et les moins dépendantes.

Ces modalités de tarification s'inscrivent dans la mise en place d'un référentiel de coûts national. Ce dernier permettrait de favoriser une harmonisation des pratiques organisationnelles sur le terrain, mais également de déterminer les indicateurs pertinents pour encadrer l'allocation de moyens.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	P.12
CHAPITRE 1 - LE SECTEUR DE L'AIDE A DOMICILE : ELEMENTS DE CONSTAT SUR LES DIFFICULTES EPROUVEES PAR LE SECTEUR DE L'AIDE A DOMICILE ET LES MESURES D'URGENCE A ENVISAGER POUR STABILISER LE SECTEUR	P. 14
1-1 - Les éléments chiffrés : un secteur confronté à une diminution importante de ses réserves depuis 2008	P. 14
1-1-1- <i>Les structures d'aide à domicile voient leurs réserves diminuer de façon importante depuis trois ans en raison de déficits récurrents</i>	P. 14
1-1-2- <i>Tous les types de structures sont impactés par la crise financière</i>	P. 15
1-2- Les causes de la crise financière du secteur : des causes conjoncturelles mettent en évidence des faiblesses structurelles de l'organisation du secteur	P.16
1.2.1. <i>Des raisons conjoncturelles ont fragilisé le secteur de l'aide à domicile</i>	P. 16
1.2.2. <i>La crise conjoncturelle qui touche le secteur de l'aide à domicile est renforcée par des faiblesses structurelles déjà existantes</i>	P. 16
1.3 - Des mesures d'urgence peuvent être proposées dans le cadre des lois de finances et de financement de la sécurité sociale permettant de stabiliser le secteur de l'aide à domicile	P.18
1.3.1. <i>Les difficultés actuelles du secteur exigent des mesures exceptionnelles : mise en œuvre d'un fonds exceptionnel de restructuration</i>	P. 18
1.3.1.a. Dotation et services éligibles	P. 18
1.3.1.b. Un travail d'expertise et de concertation nécessaire pour une optimisation de l'aide financière	P. 19
1.3.1.c. Un travail d'expertise et de concertation nécessaires pour une optimisation de l'aide	P. 20
1.3.2. <i>Au-delà des mesures exceptionnelles, il faut conforter le recentrage des exonérations de charges patronales de sécurité sociale sur les publics fragiles</i>	P. 21
1.3.2.a. De la loi Borloo à la loi de finances pour 2011 : un changement de logique	P. 21
1.3.2.b. Il convenait de proposer une intégration des familles dans la liste des « publics fragiles » dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale	P. 23
CHAPITRE 2 – QUEL MODELE DE TARIFICATION POUR UNE ALLOCATION DES MOYENS PLUS EFFICIENTE AU SECTEUR DE L'AIDE A DOMICILE ?	P. 25
2.1. Le secteur de l'aide à domicile : un problème de gouvernance et une instabilité de l'offre qui nuisent à un pilotage efficient des services et des prestations rendues autour du bénéficiaire	P. 26
2.1.1. <i>Un secteur dont la gouvernance et les outils mériteraient d'être revisités</i>	P. 26
2.1.2. <i>Un secteur qui ne permet pas de penser la coordination des services autour des usagers, notamment pour les plus fragilisés</i>	P. 30
2.2. Des règles de tarification qui doivent davantage tenir compte des spécificités de services rendus tout en évitant une complexification du système proposé	P. 33
2.2.1. <i>Des pratiques tarifaires fortement hétérogènes selon les conseils généraux : des règles de tarification dont ne se sont pas emparés les acteurs.</i>	P. 33
2.2.1.a. Des règles théoriques qui dépendent du régime juridique auquel est associé	

l'établissement : la difficulté de gestion du droit d'option	P. 33
2.2.1.b. Une pratique hétérogène des règles de tarification et de gestion du droit d'option selon le territoire	P. 34
2.2.1.c. Des règles de tarification qui ne simplifient pas les relations avec les autres financeurs de services et qui ne satisfont plus aucun des acteurs du système	P. 36
<i>2.2.2. Des propositions de réforme d'ores et déjà élaborées et expérimentées : évaluation des projets de tarification de l'ADF - collectif des 14 et de l'IGF-IGAS</i>	P. 37
2.2.2.a. Rappel des grands principes des réformes déjà rendues publiques	P. 37
2.2.2.b. Les inquiétudes suscitées par ces deux propositions de réforme	P. 39
2.3. Les règles d'allocations de ressources et les modalités de tarification sont à réformer, dans le cadre d'une réflexion plus large sur la solvabilisation des usagers de services	P.42
<i>2.3.1. Les modèles d'allocations de ressources présentés par les conseils généraux ou par les acteurs du secteur : des expériences qui, par leur diversité, sont riches d'enseignements</i>	P.42
2.3.1.a. Le premier modèle est également le plus courant, puisqu'il vise à déterminer une tarification mixte pour les autorisés et un tarif une valorisation de référence pour les services agréés	P.42
2.3.1.b. Une valorisation unique de référence du plan d'aide pour les SAD autorisés et agréés : le jeu de la concurrence accepté	P. 43
2.3.1.c. Un modèle de tarification basée sur une valorisation équivalente du plan d'aide entre services autorisés et services agréés, mais des services autorisés qui ont une prime au type d'activité rendue	P. 44
2.3.1.d. Un tarif de référence APA pour les SAD autorisés et une aide extra-légale pour les usagers de service autorisés fixé sur le tarif du service	P. 45
<i>2.3.2. Un nouveau modèle de tarification : une approche davantage raisonnée sur une réponse efficiente aux besoins variables des usagers</i>	P. 45
2.3.2.a. Un préalable à toute expérimentation de modèle de tarification : la réalisation d'une étude de référentiel « coûts-prestations » de services	P. 45
2.3.2.b. Dans quel cadre revoir les règles de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile et plus généralement les règles d'allocation de moyens au secteur ?	P. 47
2.3.2.b.1. Le principe d'une contractualisation avec les services d'aide et d'accompagnement à domicile notamment pour la prestation de services aux publics fragiles : une procédure de tarification génératrice d'efficience	P. 47
2.3.2.b.2. Le principe de la tarification horaire est maintenu, tout en répondant mieux aux besoins des bénéficiaires de services les plus fragiles	P. 49
2.3.2.b.3. Un modèle de tarification qui, pour être efficient, doit tenir compte du problème du reste à charge à domicile : quel niveau de tarification à octroyer aux services pour quel volume de plan d'aide et quelle participation des usagers ?	P. 51
2.4.3.d. Un modèle de tarification qui, pour être efficient, doit tenir compte du problème du reste à charge à domicile : quel niveau de tarification à octroyer aux services pour quel volume de plan d'aide et quelle participation des usagers ?	P. 57
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DU RAPPORT	P. 60

INTRODUCTION

La mission confiée par la ministre des solidarités et de la cohésion sociale, Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, répond à une préoccupation politique majeure : le besoin d'un maintien à domicile de qualité grâce à des services performants et qui répondent le plus justement possible aux besoins des populations accompagnées.

Or, le paradoxe actuel est que le secteur le plus porté politiquement se trouve confronté à des difficultés financières majeures dues à une contraction des financements publics, alors même que les besoins de prestations de services augmentent à la fois en quantité, mais également en type de prestations fournies. Dans le même temps, les capacités des ménages à prendre en charge un maintien à domicile de qualité sont fragilisées par la crise économique.

C'est donc une équation difficile de résolution que se propose de traiter cette lettre de mission : la capacité des pouvoirs publics à stabiliser le secteur de l'aide à domicile, tout en favorisant une meilleure réponse aux besoins des usagers, au « plus juste prix », sans alourdir le reste à charge des bénéficiaires des services et sans restreindre leur liberté de choix.

Toutefois, pour mener à bien cette réflexion, des éléments précieux ont servi de référence, parce qu'ils proposent déjà des solutions aux difficultés de tarification des services. Il s'agit essentiellement des travaux, rendus publics, réalisés sous l'égide de l'association des départements de France et du rapport réalisé par l'inspection générale des finances et l'inspection générale des affaires sociales remis au gouvernement en octobre 2010². Ce rapport est l'occasion d'en évaluer les différents scénarii.

La lettre de mission comporte deux commandes :

- un bilan précis et chiffré des difficultés financières, des raisons qui permettent d'explicitier cette crise du secteur afin que des solutions d'urgence, notamment financières, puissent être présentées, dès la fin de l'année 2011 dans le cadre d'un rapport intermédiaire remis début octobre de la même année.

² L'IGAS ainsi que l'ADF ont d'ailleurs été auditionnées à l'occasion de ce rapport.

Cette commande a été l'occasion d'une première série d'auditions durant tout le mois de septembre visant à déterminer, avec les principaux acteurs nationaux du maintien à domicile³ et les administrations⁴, institutions⁵ et caisses⁶ en charge du secteur, l'état des difficultés financières et les solutions qui seraient susceptibles d'y être apportées.

Elle a conduit à la rédaction d'un pré-rapport qui fait l'objet du premier chapitre dont les propositions ont été reprises et défendues dans le cadre des lois de finance et financement de la sécurité sociale au mois d'octobre 2011.

- proposer des pistes pérennes de réforme du secteur, portant essentiellement sur les modalités de tarification des services autorisés et sur une meilleure allocation des financements publics consacrés au secteur.

Pour réaliser cette seconde partie de commande, deux modalités de travail ont été adoptées qui ont conduit, durant tout le mois de novembre et partie de décembre, la mission à :

- auditionner à la fois des services et fédérations départementales en difficultés, des personnalités qualifiées, des organismes concourant au financement privé du secteur, etc⁷...
- réaliser des déplacements dans les conseils généraux afin d'analyser leur propres pratiques en matière de tarification, de recueillir leur sentiment sur les propositions de réforme déjà en présence et d'évoquer des pistes supplémentaires à explorer. De façon systématique, l'ensemble des représentants des fédérations départementales de services a été auditionné, le plus souvent sans la présence des services des conseils généraux. Le choix des départements a consisté à auditionner systématiquement les départements qui souhaitaient mettre en œuvre la tarification ADF (le Doubs et l'Ain). Le choix s'est porté ensuite sur des départements différents en termes de territoires (ruraux, urbains et semi-ruraux), en termes de pratiques de tarification (l'Oise, les Yvelines, le Val de Marne, le Rhône, le Loiret, le Maine et Loire et les Ardennes).

Ces rencontres ont permis pour l'essentiel de montrer l'hétérogénéité des pratiques de tarification, de gouvernance du secteur d'un département à l'autre, la revendication par l'ensemble des acteurs d'une amélioration des modalités d'allocation des moyens et d'une stabilisation de la réglementation sur le secteur de l'aide à domicile. Les principaux enseignements de cette série d'entretiens et de déplacements constituent la base de la seconde partie de ce rapport.

³ A cette occasion les représentants des grandes fédérations du secteur ont été auditionnées : UNA, ADMR, ADESSADOMICILE, Croix rouge, APF, FEHAP, CLAPEAHA, UNAPEI, UNIOPSS, FNAAFP CSP, UNAF, Familles rurales, UNCCAS, FESP, FEDSAP, GESP et FEPEM.

⁴ Direction de la sécurité sociale, direction générale de la cohésion sociale

⁵ CESE, ANSP, ANACT.

⁶ CNSA, CNAV, RSI, CCMSA, CNAF.

⁷ Dans le cadre de ces auditions et sans que la liste ne soit exhaustive : fédérations départementales ADMR de l'Aube, du Finistère et du Doubs, UNA Nord-Pas-de-Calais, France Active, BPCE, APECESU, Orange healthcare, Handeo, cabinets de conseil, responsable de la MAIA de Mulhouse, FNEHAD, Professeur Jeandel, Monsieur Leseiller...

Chapitre 1 - Le secteur de l'aide à domicile : éléments de constat sur les difficultés éprouvées par le secteur de l'aide à domicile et les mesures d'urgence à envisager pour stabiliser le secteur

Les auditions menées durant le mois de septembre ont permis d'avoir une idée très précise des difficultés financières du secteur. Ce premier tour de table a été réalisé avec l'ensemble des fédérations du secteur, l'ensemble des administrations, agences et caisses concernées ainsi que certains services ou fédérations locales particulièrement en difficulté. Elles ont également été l'occasion d'interroger quelques conseils généraux. Les documents remis à la mission à la fois par les administrations (synthèse des remontées financières réalisée par la direction générale de la cohésion sociale, éléments de note de la caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie, etc.), mais également par les fédérations ou services en difficultés eux-mêmes confirment les grands éléments d'analyse brossés par les personnes auditionnées, mais également par le rapport IGAS-IGF publié en octobre 2010. La seconde partie de l'enquête (enquête de terrain auprès d'un panel de conseils généraux), réalisée au mois de novembre, a permis d'alimenter de façon plus qualitative les éléments obtenus dès le mois de septembre. De façon systématique, la mission a rencontré, lors de ses déplacements, les services d'aide à domicile, autorisés et agréés, et a évoqué les difficultés auxquelles ils étaient confrontés.

1-1 - Les éléments chiffrés : un secteur confronté à une diminution importante de ses réserves depuis 2008

1-1-1- Les structures d'aide à domicile voient leurs réserves diminuer de façon importante depuis trois ans en raison de déficits récurrents

Les données fournies par la Direction générale de la cohésion sociale concernent le traitement de données financières déclaratives, remontées par 365 services et 3 fédérations regroupant 147 services. Ces remontées ne sont pas exhaustives à l'ensemble des difficultés du secteur, mais elles donnent un bon panorama des difficultés financières auxquelles sont confrontés les services. Elles sont d'ailleurs largement confirmées par les échanges que la mission a menés auprès des services, fédérations et financeurs de services.

De façon globale, l'étude montre que les résultats 2010 sont moins déficitaires, en global, qu'en 2008 et 2009. Toutefois, les autres indicateurs, même vus de façon très générale, et en grandes tendances, montrent une situation préoccupante s'agissant des réserves des services.

En effet, comme le montre le tableau de synthèse pour toutes les fédérations ci-dessous, l'écart se creuse de façon importante sur les reports à nouveau déficitaires qui atteignent en 2010 plus de 50 M€, autant de déficits qui sont reportés d'année en année et qui pèsent donc à terme sur l'état financier des services recensés. Les deux données essentielles demeurent des fonds propres et des trésoreries qui ne cessent globalement de se dégrader.

	2008	2009	2010
résultat	-40,20	-43,40	-26,81
fonds propres/Réserves	-21,00	-31,80	-20,00
Trésorerie	-13,80	-36,90	-24,80

En valeurs absolues et indépendamment de la richesse de départ, les services d'aide à domicile perdent des masses financières de réserves de façon relativement conséquente et, ce, même pour les SAAD qui conservent une trésorerie ou des fonds propres positifs. Le tableau ci-dessous permet de constater, pour les structures recensées, l'état total des pertes subies sur trois années d'exercice⁸. Sur les difficultés de trésorerie constatées, en moyenne les données fournies par la DGCS montrent une situation de fragilité importante des structures, la trésorerie ne parvenant pas, en moyenne, à couvrir un mois de fonctionnement du service.

	Pertes totales indépendamment du niveau de richesse de la structure entre 2008 et 2010
Trésorerie	-45 704 508
Fonds propres	-57 016 010

Les rencontres réalisées avec les conseils généraux confirment les résultats obtenus par la DGCS. Les conseils généraux, tout comme les financeurs publics (essentiellement les organismes de sécurité sociale) et privés (banques de l'économie sociale notamment) notent tous depuis 2008 une accentuation des difficultés du secteur avec une absorption des fonds propres par les déficits cumulés, déficits qui ne sont pas nécessairement repris par les tarificateurs. Dans le cas de services autorisés, cette situation est relativement complexe à gérer pour les conseils généraux puisque le relèvement des tarifs que susciterait une reprise des déficits complique la mise en œuvre des plans d'aide (moins d'heures car plus coûteuses dans le cadre d'un plan d'aide plafonné), voire peut entraîner, quand le tarif est compensé intégralement par l'APA, une augmentation de la participation de l'usager sur l'ensemble de son plan d'aide.

1-1-2- Tous les types de structures sont impactés par la crise financière

En guise de synthèse, au vu des éléments financiers transmis à la fois par certains services et par la direction générale de la cohésion sociale, trois grandes catégories de services en difficultés peuvent être retenues :

1 – les structures les moins en difficultés, avec des indicateurs (résultat, trésorerie et fonds propres) qui sont positifs (mais avec un appauvrissement rapide de leurs réserves) ou soit qui peuvent compenser des résultats négatifs ou une trésorerie négative, ce qui représente le 1/3 des structures du recensement DGCS. S'il est rapidement trouvé une solution pour ces services, avec un travail de fonds visant à déterminer les solutions d'améliorations de l'activité et des comptes, la dérive financière peut être rapidement stabilisée ;

2 – Des structures dont les difficultés sont telles qu'il paraît très compliqué de pouvoir les aider sur tous les fronts, car tous les indicateurs sont au rouge, ou les principaux le sont (les données DGCS montrent que près du 1/3 des services sont concernés, si l'on intègre les structures qui, même si elles ont de la trésorerie, ont des fonds propres négatifs).

3 - S'agissant du reste des structures (environ une bonne centaine de l'échantillon DGCS), la reconstitution des fonds propres est une priorité.

⁸ Lecture du tableau : Total des pertes entre 2008 et 2010, même si les SAAD conservent un résultat, une trésorerie ou des fonds propres positifs. Ex. si 2008 = 100 000 et 2010 = 50 000, l'évolution est comptée - 50 000 ; si 2008 = -10 000 et 2010 = - 5000, l'évolution est comptée - 5000 car on ne peut pas considérer que la structure a progressé, mais seulement que sa perte est moins importante.

S'agissant des caractéristiques des services d'aide à domicile en difficultés financières, il est à noter que la situation de crise est répartie de façon relativement équivalente sur l'ensemble du secteur, les structures agréées et autorisées sont concernées, même si cette dernière catégorie se trouve surreprésentée dans le cas des éléments de synthèse fournis par la DGCS, sans pour autant que des raisons particulières soient à rechercher. Même les structures anciennes et ayant donc un ancrage territorial fort peuvent être en crise. Les difficultés semblent réparties de façon relativement homogène sur l'ensemble du territoire, ce qui atteste d'un malaise plus profond qu'une simple politique menée par un département moins généreux qu'un autre. Enfin, en raison de la structure de coûts majoritairement composée de coûts salariaux, ces difficultés financières montrent un impact important en termes d'emploi.

1-2- Les causes de la crise financière du secteur : des causes conjoncturelles mettent en évidence des faiblesses structurelles de l'organisation du secteur

1.2.1. Des raisons conjoncturelles ont fragilisé le secteur de l'aide à domicile

Les auditions confirment les éléments d'explication de la crise tels qu'ils sont listés dans le rapport de l'IGAS et de l'IGF et en précisent un certain nombre :

- Une baisse d'activité des services, bien que ce point souvent évoqué dans le cadre des auditions avec les services, est à relativiser au regard des éléments fournis par la DGCS qui montre, majoritairement, une stabilité de l'activité des services en difficultés ;
- Une perte des subventions, surtout municipales, dues à la crise et une raréfaction des financements publics et qui servaient de subventions d'équilibre ;
- Des difficultés de trésorerie dues à des paiements différés des financeurs ; cette situation est relevée surtout dans le cas des financements des caisses de retraite ;
- Des créances « clients » qui deviennent irrécouvrables, car les bénéficiaires de service ne parviennent plus à payer leur participation, même si ce point ne concerne pas l'ensemble des services ;
- Un effet non attendu sur le champ famille surtout en 2011 avec la fin des exonérations de charges (cf. mesure ci-après) ainsi que la fin des exonérations de charges sur les personnels administratifs et d'encadrement.

1.2.2. La crise conjoncturelle qui touche le secteur de l'aide à domicile est renforcée par des faiblesses structurelles déjà existantes

➔ Causes structurelles liées aux modalités de tarification

Les éléments qui ressortent des auditions et déplacements menés conduisent à identifier un certain nombre de causes structurelles menaçant l'équilibre du secteur :

- un niveau de tarification qui ne couvre pas le coût de revient des services, quelles que soient les raisons invoquées par les financeurs (non reconnaissance du juste coût d'un service spécifique ou de qualité, non compensation par le tarif de référence agréé, dépenses injustifiées pour le tarificateur, décalage entre le tarif fixé par le tarificateur et la compensation des caisses, augmentation du coût de la masse salariale plus dynamique que l'évolution des montants de compensation, etc...) ;
- une tarification qui est prise en compte de façon extrêmement variable d'un territoire à un autre ;
- une pratique de tarification qui peut accélérer les difficultés financières du secteur : une prise en compte insuffisante des spécificités de services rendus (mauvaise adaptation des besoins au niveau de tarification, une prise en compte des spécificités de service mal dosée en regard de la tarification allouée) ;

- une incapacité des financeurs à réguler le système en raison d'un manque de référentiels de comparaison des coûts permettant aux services d'ajuster leur structure de coûts et aux financeurs d'être en capacité de réaliser dans de bonnes conditions la procédure budgétaire.

Ces éléments seront davantage détaillés dans la seconde partie du rapport concernant les mesures structurelles de réforme du secteur.

➔ Causes liées à l'organisation des services

Certaines raisons des difficultés du secteur tiennent à l'organisation même des services d'aide à domicile et aux types d'activités qu'ils développent :

- rigidité de la structure des coûts, car les charges ont trait essentiellement à de la masse salariale, ce qui ne permet pas d'adapter aisément les fluctuations d'activité ou les fluctuations économiques, voire des frais de personnels pas toujours maîtrisés ;
- une gestion pas toujours stratégique ou non anticipée de l'organisation. Ce point est particulièrement important car il a plusieurs causes : un ralentissement fort de la montée en charge de l'APA par rapport à des services surdimensionnés qui n'ont pas anticipé le tassement de l'activité ou l'effet de la concurrence, des structures qui ne mettent pas en regard un projet de service avec une modalité d'organisation optimale, une politique de qualification non raisonnable au regard des prestations fournies (même si due à un discours flou des pouvoirs publics sur ce thème qui entraîne une distorsion entre le niveau de personnels qualifiés et les moyens de financements publics octroyés en regard) ;
- pour certains services ou fédérations, des problèmes de gouvernance qui brouillent la stratégie et déstabilisent la structure⁹, auxquels se surajoute parfois une mauvaise définition de la place du bénévole ;
- même si des efforts de modernisation ou de professionnalisation de l'équipe encadrante ont été réalisés, ils sont encore trop hétérogènes entre les services, ce qui conduit à maintenir des services peu performants. Ce manque d'efficacité peut être le fait d'une insuffisante préparation des équipes de direction à prendre en charge une activité complexe. Ceci est surtout visible dans de petites structures, aux volumes d'activité faible, sans ambition de développement et qui restent cantonnées à un métier insuffisamment professionnel au regard de la fragilité des publics servis. Il peut être le fait aussi d'une gestion encore insuffisamment dématérialisée ou contrôlée des plannings, de la facturation ainsi qu'une incompétence à réaliser une comptabilité analytique de la structure. Ces points spécifiques ne permettent pas d'avoir toujours une information fiabilisée et en temps réel, permettant une prise de décision plus rapide en cas de difficultés ;
- Des efforts d'efficacité à fournir qui permettraient de limiter l'appauvrissement des structures : traitement comptable automatisé et plus rapide pour éviter des retards de facturation laissant les créances sans recouvrement, avec les difficultés de trésorerie associées. Cela conduit à rechercher le moyen de réduire le plus possible le délai entre prestation et recouvrement des factures clients (constat d'un délai allant parfois à plusieurs mois).

Tous ces éléments ne permettent pas de développer une activité efficace, permettant d'optimiser les moyens publics de financement au regard des besoins des usagers.

⁹ A ce propos, le rapport de l'IGAS sur l'organisation de l'ADMR montre que le positionnement du bénévolat dans l'organisation associative doit être reconsidéré. A l'occasion des déplacements et auditions réalisés dans le cadre de ce rapport, force est de constater que ce problème est toujours aussi prégnant et se révèle être un véritable handicap pour l'organisation dans une situation de crise et de concurrence.

Dans le cadre d'une gestion stratégique des crédits de la section IV du budget de la CNSA ou en association systématique à l'octroi de crédits sur le fonds de restructuration proposé ci-après, la mission préconise la mise en place d'outils permettant une facturation automatisée en lien avec une gestion professionnelle des plannings (mise en place de la télégestion). La facturation doit être réalisée quasiment en temps réel. En outre, il est conseillé de veiller particulièrement à l'interopérabilité des systèmes d'information, notamment avec les systèmes de télégestion développés par les conseils généraux.

1.3. Des mesures d'urgence peuvent être proposées dans le cadre des lois de finances et de financement de la sécurité sociale permettant de stabiliser le secteur de l'aide à domicile

Afin de stabiliser le secteur de façon rapide, un certain nombre de mesures ont été présentées dans le cadre du rapport intermédiaire fourni à Madame Roselyne Bachelot-Narquin. Elles ont été l'occasion d'une mise en œuvre dans le projet de loi de finances et le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Elles ont vocation à soulager les difficultés conjoncturelles des services.

Elles sont de deux ordres :

- en premier lieu, il s'agit de répondre, de façon urgente, aux difficultés financières à court ou moyen terme, en promouvant un travail collectif autour d'un fonds de restructuration mis en place expressément pour aider les services en difficulté afin de recouvrer un équilibre financier ;
- en second lieu, des mesures fiscales permettant de mieux distinguer les services dits de confort et les services réalisés auprès des publics dont la fragilité rend nécessaire l'intervention de tiers au domicile.

1.3.1. Les difficultés actuelles du secteur exigent des mesures exceptionnelles : mise en œuvre d'un fonds exceptionnel de restructuration

Le secteur de l'aide à domicile se trouve dans une situation charnière où il est confronté à la fois à une période de forte restructuration du champ et de l'offre qu'il développe, mais également à une restriction des moyens budgétaires pour les financeurs qui les soutiennent. Cette situation nécessite certes une réflexion de fond quant à la meilleure allocation possible des moyens pour répondre aux besoins des usagers, avec une offre de qualité, mais également une aide financière plus ponctuelle et assortie d'un partenariat contractualisé entre financeurs et services pour endiguer les difficultés conjoncturelles dont ces services sont victimes.

1 - C'est pourquoi, il a été proposé, au vu des auditions et des éléments portés à la connaissance de la mission en septembre dernier, de créer un fonds d'aide exceptionnelle permettant de restructurer le secteur, afin de le stabiliser dans l'attente d'une restructuration plus profonde. Ce fonds a été voté lors de la loi de finances pour 2012 (article 150).

1.3.1.a. Dotation et services éligibles

Il a été préconisé, dans le pré-rapport, que le fonds soit doté d'environ 50 M€, pris sur le budget de l'Etat et versés à l'opérateur naturel sur le champ social et médico-social, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, à charge pour elle de les redistribuer aux agences régionales de santé (ARS).

Le choix des agences régionales de santé s'impose naturellement car l'accès aux aides de ce fonds nécessite une contractualisation entre les financeurs et les services, une entente sur les modalités de retour à l'équilibre. L'intermédiation du directeur général de l'ARS a l'avantage dans le cas présent

d'orienter les efforts de chacune des parties prenantes (services et financeurs) afin de définir les objectifs souhaitables de retour à l'équilibre. En cas de blocage décisionnel, il pourrait devenir un arbitre utile pour conduire à une décision plus consensuelle. Enfin, l'ARS a toute légitimité à investir, avec les autres acteurs plus directement en charge du secteur, le champ des services d'aide à domicile, structures complémentaires des services sanitaires et médico-sociaux dont il a la charge. La loi hôpital, santé, patients et territoire favorise cette logique de filière de prise en charge dont le domicile est un maillon à part entière. Cette légitimité se trouve d'ailleurs renforcée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 qui ont délégué aux ARS les crédits de la section IV servant à développer le conventionnement individuel.

La synthèse des difficultés rencontrées par le secteur prouve le caractère homogène des difficultés. Tous les services doivent, quels que soient le régime d'autorisation ou le statut juridique auxquels ils appartiennent, pouvoir prétendre à l'aide, pourvu qu'ils aient majoritairement un volume d'activité dédié aux publics fragiles : les personnes âgées ayant besoin d'aide pour leur maintien à domicile ou pour prévenir tout entrée dans la dépendance, les personnes handicapées et les familles qui se trouvent dans une situation de fragilité. Ces publics recoupent essentiellement les prestations servis aux publics couverts par le droit d'option (les 1°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles). L'autre condition est bien que les services demandeurs s'engagent, avec leurs partenaires financiers, à contractualiser les objectifs de retour à l'équilibre à moyen terme. Pour ce faire, il y a nécessité de disposer d'un diagnostic financier fiable, neutre et précis de la situation comptable et organisationnel de la structure. Il avait été proposé que les services de l'Etat dans les régions ou départements, ayant cette expertise financière, puissent utilement être mis à contribution. Finalement, dans le cadre des débats sur le fonds, la solution retenue consiste à confier cette expertise aux ARS et conseils généraux (pour les services qui les concernent) et, pour les cas les plus compliqués, aux directions régionales des finances publiques (appui technique).

Ce temps d'expertise est indispensable car il permet d'associer les crédits ainsi distribués aux bonnes décisions économiques pour les services demandeurs de l'aide, pour qu'ils pérennisent leur activité en regard des besoins et de l'offre disponible sur leur territoire d'appartenance. Aussi, cette étape se révèle-t-elle capitale pour la mise en œuvre du dispositif, sans quoi les moyens versés le seraient à fond perdu.

1.1. La mission a recommandé, dans le cadre de la mise en œuvre de cette aide exceptionnelle, une gestion de ce fonds par le directeur général de l'agence régionale de santé, à charge pour lui de réaliser, en commission, le travail d'échange technique nécessaire entre tous les acteurs du maintien à domicile.

1.3.1.b. Un travail d'expertise et de concertation nécessaires pour une optimisation de l'aide financière

- ➔ Les modalités d'attribution du fonds de restructuration : organisation de la discussion pour un retour à l'équilibre des structures

Une fois l'analyse financière réalisée et avant que le directeur général de l'ARS ne décide du montant d'aide et des objectifs de redressement, il est nécessaire d'expertiser, avec le service et autour des principaux acteurs partie prenante à la politique du maintien à domicile, les conditions de contractualisation de cette aide.

Pour se faire, il est apparu opportun que l'ARS mette en place une modalité d'organisation permettant les échanges entre les conseils généraux, les représentants de l'Etat, des caisses de sécurité sociale en charges du financement du secteur (essentiellement les caisses de retraite et les

caisses d'allocations familiales) et les services, éventuellement accompagnés de leurs fédérations d'appartenance.

Une décision d'aide négociée entre les principaux financeurs, tarificateurs, les services de l'Etat concerné par le maintien à domicile et les structures en difficultés doit être organisée au sein d'une commission d'experts par les ARS.

Dans le schéma d'organisation mis en place par la loi hôpital, patients, santé et territoires une commission est adaptée à la modalité de fonctionnement collégial exigé par la mise en œuvre de ce fonds. Il s'agit de la commission de coordination des politiques de santé, dans son volet « médico-social » (article L. 1432-1 du code de la santé publique). L'avantage d'organiser le débat en son sein (préférentiellement en comité technique plus restreint) est d'associer des services qui sont encore parfois insuffisamment en lien sur le sujet du maintien à domicile, alors qu'ils sont complémentaires les uns des autres (ARS, conseils généraux, caisses de sécurité sociale et unités territoriales DIRECCTE) en termes de réponses publiques sur un territoire donné.

- ➔ Des mesures de retour à l'équilibre contractualisées dans le cadre d'un document conventionnel

Malgré d'importants efforts fournis par les services d'aide et d'accompagnement (notamment grâce aux crédits de la section IV du budget de la CNSA), lors des auditions, tous les financeurs du secteur, voire certains services en difficultés auditionnés, ont mis l'accent sur les possibilités de progression en termes d'amélioration de l'organisation. Certains conseils généraux, confrontés à une offre pléthorique sur certaines parties de leur territoire, ont également insisté sur le besoin de visibilité en termes d'offre appelant à une réponse qui mette l'accent également sur le soutien aux services en zones blanches ou apportant des prestations spécifiques à des besoins non couverts ou compliqués du territoire (difficiles en termes d'accès, publics économiquement fragiles, etc.).

A ce titre, la contractualisation pluriannuelle au sein d'un document de ces marges de progrès peut être un moyen d'entamer une discussion de fond sur l'organisation des services, les prestations qu'ils délivrent (leur niveau de qualité, etc.) en regard des moyens octroyés, y-compris en termes d'aide ponctuelle (tel le fonds exceptionnel) ou de budgets de modernisation de la section IV. Les services en difficulté ont, pour certains, déjà réalisé des diagnostics d'amélioration de leur organisation pour répondre aux difficultés financières et rechercher l'efficacité. Ils mettent en avant le besoin d'obtenir des crédits de modernisation en dehors de ceux que leur fédération d'appartenance ou leur conseil général ont choisi, car leurs besoins ne sont pas compris dans les axes conventionnels retenus et passés avec la CNSA.

Il est proposé, dans ce cadre, de réaliser des conventions fixant les objectifs et les moyens entre les services et les principaux financeurs. Ces conventions doivent également préciser les conditions de retour à l'équilibre à moyen terme (préférentiellement sur trois ans, sans dépasser les cinq ans). Pour répondre aux besoins diversifiés de structuration et de modernisation des services, il pourrait opportunément être décidé, dans le cadre de cette contractualisation, d'octroyer des crédits de la section IV dont dispose l'ARS au titre du conventionnement individuel, à condition que cela ne soit pas redondant avec des crédits que les structures pourraient avoir dans le cadre d'axes compris dans les conventions nationales ou départementales.

Les services aidés doivent élargir au fonds dès la fin du premier trimestre 2012, même si les délais apparaissent contraints.

1.2. C'est pourquoi la mission a préconisé que ce fonds soit associé de façon systématique à une contractualisation d'objectifs de retour à l'équilibre entre les services demandeurs et les financeurs. Cette contractualisation se fait dans le cadre d'une convention de financement signée entre le gestionnaire, les financeurs, notamment les caisses de sécurité sociale, le conseil général et le directeur général de l'ARS, qu'il s'agisse de services agréés ou autorisés. Pour ces derniers, il était préconisé de leur donner la possibilité de réaliser un contrat pluriannuel d'objectifs de moyens (CPOM), contresigné du directeur général de l'ARS. Cette solution a été retenue, tout en permettant de laisser la possibilité d'opter pour le forfait global dans le cadre d'une contractualisation par CPOM.

2 et 3. Elle a estimé que les expérimentations tarifaires, notamment celle menée par l'association des départements de France, puissent avoir une base légale, et propose donc que le projet de loi de finances pour 2012 prévoit la rédaction d'un cahier des charges définissant les conditions de la mise en œuvre de la réforme, les grands principes de l'expérimentation et une évaluation des modèles synthétisée dans un rapport remis au ministre en charge de la cohésion sociale et des solidarités. Les conditions sont plus largement explicitées dans la partie concernant les grands principes de réforme de l'allocation de moyens.

1.3.2. Au-delà des mesures exceptionnelles, il faut conforter le recentrage des exonérations de charges patronales de sécurité sociale sur les publics fragiles

Afin de stabiliser les financements des services d'aide à domicile, fragilisés par les modifications de régime fiscal prises lors de la loi de finances pour 2011, il est proposé de mieux définir les contours de la notion de « publics fragiles » soumis à exonération de charges patronales de sécurité sociale.

1.3.2.a. De la loi Borloo à la loi de finances pour 2011 : un changement de logique

- ➔ Une fiscalité en faveur du développement de l'ensemble du secteur des services à la personne

Dans le cadre de la loi dite Borloo (loi du 26 juillet 2005), la politique des services à la personne a été amplement promue grâce à des mesures fiscales pour l'ensemble des services à la personne.

Les exonérations de charges patronales de sécurité sociale étaient de deux ordres :

- pour les publics dits fragiles, les exonérations pouvaient aller jusqu'à l'exonération totale¹⁰ des charges patronales (en emploi direct et pour les intervenants directs auprès des bénéficiaires dans le cas des services prestataires). Ces règles restent inchangées ;
- pour les publics non fragiles, une réduction de cotisations patronales de 15 points était prévue dans le cas d'une cotisation sur assiette réelle, et une franchise, dans la limite du SMIC, pour les services prestataires.

Le plan de cohésion sociale 2005-2009 avait, à la suite de cette loi, l'ambition de développer largement l'emploi dans le secteur des services à la personne, au et à partir du domicile, et de juguler l'emploi dissimulé largement répandu dans le secteur.

Pour ce faire, et afin de susciter l'arrivée de nouveaux prestataires sur le champ des services à la personne et des services d'aide à domicile, un effort financier important a été mis en place par le gouvernement en matière de fiscalité. La cour des comptes estime, dans son rapport annuel de

¹⁰ Il doit être fait une distinction entre les publics en situation de dépendance pour lesquels l'exonération est totale, alors que pour les personnes âgées de plus de 70 ans – dans le cadre d'une prévention de la perte d'autonomie – l'exonération n'est que partielle (dans la limite de 65 SMIC par mois).

février 2010, l'effort ainsi consenti à 6,6 Mds € en 2009 sous forme d'exonérations fiscales et sociales bénéficiant à 3,4 millions de particuliers employeurs, à environ 7 000 associations et 4 700 entreprises agréées. Même si cet effort financier ne comptabilise pas les recettes fiscales afférentes au développement de l'emploi dans ce secteur et à la création de nouveaux services (retrées fiscales totales liées au développement particulier de ce secteur et évitements de dépenses de solidarité), il est à noter qu'il a progressé de près de 40% entre 2006 et 2009.

L'essentiel de l'effort public a trait aux exonérations fiscales (crédits et réductions d'impôts sur le revenu, exonérations et réductions de TVA, avantages fiscaux sur les charges patronales, etc.). Or, une fois le premier plan de cohésion sociale achevé et la montée en puissance de ce secteur économique réalisé, il a été décidé, dans un contexte de restrictions des finances publiques, de recentrer les aides fiscales liées à l'emploi de personnels dans le secteur sur l'aide au maintien à domicile des publics fragiles.

Dans le cadre de cette réglementation (article L. 241-10 du code de la sécurité sociale), la franchise pour les salariés exerçant auprès des publics non fragiles était également appliquée pour les personnels administratifs et de direction, les personnels d'encadrement intermédiaire, c'est-à-dire les salariés hors intervenants directs auprès des bénéficiaires, y-compris pour les services réalisant des prestations pour les publics fragiles.

Avant la réforme entérinée lors de la loi de finances pour 2011, l'ensemble de ces exonérations s'élevait à 2,13 Mds €. La cour des comptes note que les principaux objectifs de ces exonérations ayant été conduits sur le premier plan « cohésion sociale », il est désormais judicieux de prévoir une sortie progressive de certains de ces dispositifs et un ciblage plus précis des exonérations accordées, notamment sur les publics les plus vulnérables.

- ➔ La loi de finances pour 2011 : un recentrage sur les « publics vulnérables » qui laisse de côté les familles fragiles

Dans ce contexte, le projet de loi de finances pour 2011 propose, au vu notamment des recommandations de la cour des comptes (rapport 2010), de recentrer sur les publics fragiles les exonérations de charges patronales de sécurité sociale.

A ce titre, l'article 200 de la loi de finances pour 2011 vise à supprimer les exonérations patronales de charges de sécurité sociale pour les prestations à destination des publics non fragiles qu'elles soient délivrées sur le mode prestataire ou en emploi direct. Il vise à supprimer :

- l'abattement forfaitaire des 15 points sur les cotisations sociales pour les particuliers employeurs cotisant sur l'assiette réelle ;
- la franchise de cotisation patronale dans la limite du salaire minimum de croissance pour les services intervenant auprès de publics non fragiles. Ces prestations relèvent désormais des exonérations de droit commun, dites « exonérations Fillon ». Ainsi, les salaires versés inférieurs à 1,6 fois le SMIC ouvrent droit à un allègement des cotisations patronales dues au titre des assurances sociales (maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès) et des allocations familiales. Elles sont rapidement dégressives.

Même si cette suppression des exonérations de charges a majoritairement un impact sur les salariés embauchés en emploi direct et prestant des services à la personne tous publics, elle touche néanmoins dans une certaine mesure les publics fragiles de deux façons :

- La liste du code de la sécurité sociale mentionnant les « publics fragiles » ouvrant droit à exonération ne comporte pas les familles fragiles ;
- les personnels administratifs et d'encadrement, ce qui concerne, cette fois, l'ensemble des services.

C'est donc dans le champ des prestations « familles » que se font particulièrement sentir cette modification de la législation fiscale car dans ce champ les exonérations Fillon sont peu opérantes (rapidement dégressives entre 1 et 1,6 SMIC).

Dans le champ des publics « familles fragilisées », l'impact de la suppression des charges est évalué de façon assez homogène selon les acteurs (entre 20 et 25 M€ pour la suppression des exonérations de charges pour les TISF). En effet, les exonérations de droit commun, qui désormais s'appliquent sur le champ de l'aide à domicile « familles », sont moins intéressantes que les exonérations dont bénéficiaient jusqu'alors les services « familles » en raison de la composition même des intervenantes de ce champ : il s'agit d'un secteur où les salariés, surtout les techniciennes de l'intervention sociale et familiale sont des personnels plus coûteux et dont l'ancienneté est supérieure à la moyenne des salariés du secteur. La compensation de cette augmentation du coût des salariés intervenant auprès de publics en difficultés (aide sociale à l'enfance pour des prestations d'accompagnement à domicile ou aide extra-légale des caisses d'allocations familiales pour remplir des missions auprès de familles momentanément en fragilité) est difficilement réalisable (tarifs de compensation bloqués dans la COG entre la CNAF et l'Etat notamment), ce qui conduit à envisager des mesures compensatrices dans le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

1.3.2.b. Il convenait de proposer une intégration des familles dans la liste des « publics fragiles » dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale

→ La définition de public fragile doit logiquement intégrer les prestations aux familles fragilisées

A l'occasion du rapport intermédiaire, il a donc été proposé de redéfinir le champ des publics fragiles pouvant bénéficier d'exonérations de charges patronales de sécurité sociale en ouvrant l'exonération des personnels d'intervention aux prestations servies aux familles fragiles. Cette mesure avait l'avantage de la simplicité et de la cohérence tout en permettant d'unifier la logique des exonérations de charges « publics fragiles ». Cette modification est d'ordre législatif et relève de la loi de financement de la sécurité sociale (modification du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, voir proposition dans l'encadré ci-dessous).

4. La mission a préconisé que cette modification soit réalisée dès le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et que les intervenantes auprès des familles fragiles soient exonérées de charges patronales de sécurité sociale, comme le sont les intervenants auprès des personnes âgées fragiles ou dépendantes et des personnes handicapées.

→ Chiffrage de la mesure

Les chiffrages de cette mesure, convergents avec les estimations de l'impact de la suppression des exonérations de charges réalisés par la CNAF, estiment la perte de recettes pour la sécurité sociale à 25 M€ (chiffrage ministère).

Suites du pré-rapport :

- Fonds de restructuration proposé par le gouvernement dans le cadre de la loi de Finances pour 2012, avec un principe de contractualisation. 50 M€ sont prévus en autorisations d'engagements en 2012, pour des crédits de paiement de 25M€ dès 2012 et 25 M€ en 2013.**
- Dans le cadre de l'amendement sur le fonds de restructuration aux SAD, est acté le principe d'une réforme de la tarification avec sécurisation du principe de l'expérimentation tarifaire pour les services autorisés et tarifés par le conseil général.**
- Amendement présenté par Mme Poletti et adopté en projet de loi de financement de pour la sécurité sociale pour 2012 avec condition de gage levé pour les exonérations de charges patronales de sécurité sociale pour les intervenants auprès des familles fragiles.**

Chapitre 2 – Quel modèle de tarification pour une allocation des moyens plus efficiente au secteur de l'aide à domicile ?

Les auditions ainsi que les déplacements réalisés mettent en effet en exergue un problème d'application des règles de la tarification. Pour autant, il ne s'agit que d'outils de financement qui ne sont que l'un des aspects des problèmes auxquels est confronté le secteur de l'aide à domicile. Il en ressort que les solutions à identifier pour stabiliser l'organisation du secteur sont bien plus larges que les seuls aspects de tarification :

- Des difficultés de gouvernance au sens large de l'aide à domicile, qui ne permettent pas d'optimiser l'action des professionnels et des institutions entraînant du même coup une déperdition de moyens financiers ;
- Ce manque d'efficacité de la gouvernance trouve, pour partie, ses origines dans une mauvaise mise en œuvre du droit d'option ;
- Un secteur qui, sans outils et référentiels communs permettant d'encadrer les pratiques des acteurs, ne parvient pas à structurer une action efficace et de qualité comparable entre tous.

Ne pas identifier ces difficultés reviendrait à souhaiter vouloir optimiser l'allocation des moyens financiers sans pour autant faire l'effort d'optimiser le cadre d'action de l'aide à domicile. Les conditions de stabilité ne seraient pas alors réunies pour donner la chance au secteur de développer un nouveau modèle de tarification optimisant les financements publics et la qualité de la prise en charge. Optimisation du financement et qualité de service sont en effet indissociables.

Une fois éclaircies les conditions d'exercice du secteur, les modèles de tarification peuvent prendre plusieurs options :

- Un modèle de tarification qui intègre toutes les composantes du service et qui renverse la logique de la tarification du code de l'action sociale et des familles en proposant une gestion du secteur par l'optimisation des enveloppes de financement : le modèle proposé par l'association des départements de France et les quatorze fédérations signataires du manifeste ;
- Un modèle de tarification simplifié, davantage dans la veine des règles actuelles, identifiant deux tarifs distincts et une réflexion sur l'allocation des ressources en fonction du public servi (conditions de dépendance et de revenu) : le modèle de l'IGAS et de l'IGF ;
- Enfin, un modèle qui émerge des échanges réalisés avec les acteurs de terrain du secteur, relativement proche du modèle de l'IGAS-IGF puisqu'il nécessite l'identification des paniers de prestations de services fournies aux personnes accompagnées et une réflexion sur les modalités de distribution des allocations aux usagers.

Enfin, la tarification ne peut être envisagée de façon isolée car elle est fortement liée aux plans et niveaux de compensation qui sont faits par les pouvoirs publics. Seules les règles de tarification ne pourront solutionner les difficultés du secteur de l'aide à domicile, puisqu'elles ne peuvent être envisagées sans une réflexion sur les règles de compensations réalisées par les financeurs, notamment dans le cadre de l'APA qui représente le plus gros volume d'activité, ni sans une réflexion plus globale sur la gouvernance de l'aide à domicile.

2.1. Le secteur de l'aide à domicile : un problème de gouvernance et une instabilité de l'offre qui nuisent à un pilotage efficient des services et des prestations rendues autour du bénéficiaire

Au fil des auditions et des déplacements, la mission a constaté, tous acteurs et institutions confondus, que les problèmes liés à la tarification ne sont qu'un des aspects des difficultés du secteur. Toutes les auditions ont insisté sur ce point : les modalités de gouvernance de celui-ci entraînent non seulement une déperdition de moyens financiers, mais également une prise en charge et une information qui ne sont pas optimales. Aussi et même si cela doit être fait de façon plus synthétique que les autres aspects du rapport parce que cette question n'est pas l'objet direct de la commande, la mission estime qu'il est nécessaire de retranscrire les inquiétudes afférentes à ces points.

En période de restriction des financements publics disponibles, l'optimisation de l'allocation de ressources passe certainement pas une gouvernance efficace du secteur d'activité financé par les pouvoirs publics.

2.1.1. Un secteur dont la gouvernance et les outils mériteraient d'être revisités

Les modalités de tarification et les conséquences en termes de compensation sont largement dépendantes du rattachement à un type de régime juridique, c'est-à-dire soit l'agrément, soit l'autorisation. Cependant, au-delà de cette seule problématique de tarification, le droit d'option, parce qu'il n'est pas organisé de façon optimale, brouille le pilotage, à tous les niveaux, de la politique du maintien à domicile.

➔ La question du droit d'option : deux logiques de gouvernance en action

Pour rappel, ce régime dual, instauré par la loi Borloo en 2005, relève, y-compris pour des services prestant de l'aide à des publics fragiles (personnes âgées, personnes handicapées et familles fragilisées) se trouvant habituellement dans le giron de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale, de deux logiques différentes :

- Le régime de l'agrément : une logique d'activités, de développement du champ des services à la personne et de l'emploi au sens large, avec une rencontre de l'offre et de la demande où les besoins des personnes assurent la régulation du marché. C'est une logique de développement de l'activité par la demande, seule régulatrice de l'offre. Dans ce cas, la puissance publique s'assure seulement de la qualité de prestation pour les publics les plus fragiles en délivrant un agrément sous conditions de respect d'un cahier des charges qui fixe les exigences minimales de qualité. Cette logique n'a pas pour objet, comme c'est le cas pour l'ensemble du champ social et médico-social, de structurer l'offre de services selon une logique territoriale de programmation. Les règles liées à ce champ d'activité sont contenues dans le code du travail, par dérogation accordée dans le code de l'action sociale et des familles pour les publics qui le concerne (article L. 313-1-2 du CASF). L'agrément est géré à niveau départemental par l'UT-DIRECCTE et à niveau national par le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie. La conduite administrative de cette politique est en adéquation avec la philosophie de l'agrément issu de la loi Borloo, à savoir le développement du service à la personne – indépendamment du type de public – et le développement d'emplois de proximité.

- une logique classique de protection sociale des publics fragiles, où l'offre de services est territorialisée par la puissance publique, dans ce cas le conseil général, qui s'appuie sur un diagnostic des besoins recensés sur le territoire dans le cadre d'un schéma départemental. Cette logique conduit à construire l'offre par le biais de la procédure d'appel à projet où le conseil général sélectionne les opérateurs qui sont le plus aptes à répondre à la couverture des besoins qu'il a identifiés. Cette logique d'accompagnement des publics fragiles est gérée par le chef de file de la

politique gérontologique et du handicap, le conseil général. Elle s'inscrit dans une logique de filière plus large de maintien à domicile, de filière de prise en charge telle que développée par la loi HPST (Hôpital, patients, santé et territoires).

Cette logique duale est l'exception à la règle de fonctionnement du code de l'action sociale et des familles qui couvre l'ensemble du champ de la solidarité, du social et du médico-social. Avec la loi HPST, elle devient même anachronique car une part non négligeable de l'offre d'activité de services aux publics fragiles échappe à la logique globale que la loi HPST prône : une prise en charge par les agences régionales de santé et par le conseil général des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées dans une logique de filière.

→ Le droit d'option : une logique qui complique les rapports institutionnels

A l'instar de ce que relève le rapport IGAS-IGF de 2010, la mission a vu systématiquement son attention attirée par les difficultés de gestion institutionnelle du droit d'option, à la fois entre acteurs publics, mais également entre acteurs publics et services.

A niveau départemental, force est de constater que chaque territoire gère le droit d'option de façon différente et de façon pas toujours fluide et cohérente.

Si la mission a été avisée de la réticence de certains conseils généraux à s'intéresser au champ de l'agrément qualité, en privilégiant le dialogue avec les services autorisés, voire en compensant les services agréés en-deçà des services autorisés par une valorisation de l'APA plus basse, elle a pu constater également des pratiques d'agrément de la part des unités territoriales peu cohérentes avec les publics fragiles du droit d'option (non prise en compte systématique des avis défavorables, pourtant motivés du conseil général essentiellement). Comme le note un rapport IGAS sur l'aide à domicile de 2009, le manque de cohérence, notamment sur le contrôle de la qualité, entre les services des UT-DIRECCTE qui délivrent l'agrément et les services des conseils généraux, n'est pas sécurisant dans le cadre de prestations rendues pour des publics vulnérables.

La mission, quant à elle, estime que le bon fonctionnement du droit d'option dépend encore trop de liens interpersonnels, de la bonne entente entre personnes en charge de ces dossiers dans les conseils généraux et dans les services de l'Etat. Or, dans le cadre d'une politique dont il est attendu qu'elle soit la plus coordonnée possible autour de personnes vulnérables et qui insiste sur la mise au centre du dispositif social et médico-social, voire sanitaire de l'utilisateur, cette modalité de gouvernance du secteur de l'aide à domicile pour les personnes âgées fragiles et pour les personnes handicapées n'est pas optimale, voire pas souhaitable.

De plus, il a été constaté, cette fois de la part des conseils généraux, notamment ceux qui laissent le droit d'option se développer sans entraves, une difficulté majeure à gérer l'atomisation de l'offre, doublée parfois d'une instabilité de celle-ci.

Elle constate également que cette situation suscite une incompréhension, voire une opposition de principe, non justifiée, entre les services qui pourtant servent le même public. Les services agréés estiment qu'ils ne se trouvent pas toujours valorisés pour le travail qu'ils réalisent en raison de la différence d'autorité et d'outils de contrôle. Les services autorisés qui se sentent menacés par l'arrivée d'organismes dont les contraintes sont moindres que les leurs, notamment au regard de leur autorité de contrôle.

En réponse à ces questions, divers rapports d'inspection publiés sur les services à la personne et plus particulièrement sur les services à destination des publics fragiles, s'interrogent, dès 2005, sur les difficultés engendrées par le droit d'option, notamment s'agissant du contrôle de la qualité du

service rendu dans le cadre de l'APA ou encore s'agissant de la tarification (cf. rapport de l'inspection générale de l'action sociale sur l'enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées). Les conclusions de ces rapports peuvent aller dans le sens d'une suppression de ce droit d'option en faveur soit de l'agrément (IGAS, 2009), soit de l'autorisation (cour des comptes, 2005), voire à une période de transition consistant à conserver le principe de l'agrément vers la forme d'une autorisation allégée (rapport IGAS-IGF, 2010).

Enfin, s'agissant des services eux-mêmes, leur lecture peut être variable d'un département à l'autre, selon les conditions de tarification ou de valorisation financière de l'APA par le conseil général. Il est à noter, cependant, que nombre de services agréés ainsi que l'une des fédérations de gestion des services privés lucratifs estiment que la gouvernance, telle qu'elle existe, a deux écueils majeurs :

- une opacité pour les usagers de l'ensemble de l'offre présente sur le territoire et ce, quelle qu'en soit la raison ;
- une non reconnaissance, plus ou moins forte, par le chef de file de la politique des personnes âgées et des personnes handicapées de leur travail, qui ne leur permet pas un dialogue constructif, alors qu'il s'agit du chef de file de la politique gérontologique et du handicap.

Les réponses qui ont été apportées lors des auditions à la mission sur ces difficultés sont les suivantes :

- basculement des publics fragiles (APA, PCH et aide sociale) dans le champ de l'autorisation (ADF-collectif des 14, partie des conseils généraux interrogés) ;
- basculement dans le champ de l'agrément (uniquement certains services agréés) ;
- rapprochement des outils et meilleure coordination de la politique en faveur des publics fragiles par une gouvernance partagée entre l'ARS et le conseil général.

Aucune solution ne fait consensus, toutefois, il serait illusoire de considérer que le droit d'option puisse continuer à être géré sous cette forme de gouvernance car, tel qu'il est organisé pour l'heure, il ne permet pas une rencontre optimale de l'offre avec les besoins des usagers les plus fragiles des services, ni même une coordination suffisante des prises en charge entre elles, ce qui est générateur d'inefficience et de mauvaise utilisation des financements publics.

La mission écarte le basculement immédiat dans un régime ou dans un autre et ce, pour les raisons suivantes :

- un basculement dans le régime de l'agrément serait en contradiction avec la logique de loi HPST et accentuerait le principe d'exception, alors même que la situation s'avère déjà inextricable où, les financements publics, même indirects sur ce secteur d'action la procédure d'appel à projet. En outre, elle ne permet pas d'assurer une structuration qui couvre l'ensemble des besoins, alors même que la puissance publique se doit d'assurer un socle de solidarité nationale envers les plus fragiles ;
- un basculement dans le champ de l'autorisation est tout aussi difficile à gérer pratiquement et politiquement. En premier lieu, cela nécessiterait de trouver une solution de transition pour les services agréés qui devraient logiquement passer par une procédure d'appel à projet pour entrer dans le champ de l'autorisation. De plus, comme le note le rapport IGAS-IGF, cela comporterait un risque trop fort de déstabilisation du secteur alors même que les réformes sont encore relativement récentes.

6. Dans le contexte où le droit d'option est maintenu, la mission estime que la logique de la loi HPST consiste à ce que l'agence régionale de santé soit davantage impliquée dans les politiques du maintien à domicile hors soins, puisqu'elle est amenée à devenir l'acteur central permettant de structurer l'offre d'accompagnement – domicile ou établissement – dans une logique de filière. C'est pourquoi il pourrait être envisagé, sur le champ des publics soumis à droit d'option (notamment personnes âgées et personnes handicapées) qu'elle devienne dispositif autorité d'agrément en lieu et place des UT-DIRECTE. Le cœur de métier de l'ARS et des professionnels qui la composent est en outre plus conforme aux besoins des populations considérées.

Cette position, même si elle s'avère compliquée et politiquement difficile à mettre en œuvre, comporte pourtant plusieurs avantages :

- si la philosophie du développement de l'emploi est tout à fait souhaitable sur les services à la personne tout venant, en revanche, elle ne doit pas primer sur la logique de sécurité et de solidarité nécessaire dans le cas de personnes dépendantes en raison de leur âge ou de leur handicap ;
- sur ce champ, l'agence régionale de santé dispose de l'ensemble de la filière de prise en charge de ces publics, elle dispose des outils institutionnels de coordination, notamment avec les conseils généraux, qui permettent de construire des politiques stratégiques de prise en charge (comités de coordination des politiques de santé). A ce titre, l'on voit mal qu'un pan entier de cette prise en charge soit un angle mort de sa mission, voire, que ces agences ne s'en saisissent pas ou ne se sentent pas concernées par un secteur qu'elles n'autorisent pas alors même que ces dispositifs sont le socle de prestation permettant à leurs propres dispositifs de s'organiser de façon efficiente (SSIAD, HAD, sorties d'hôpital, etc.) ;
- les agents de l'ARS en charge du contrôle social et médico-social sont formés à l'accompagnement de ces modes de prise en charge, moins les agents du travail dont la priorité est le développement de l'emploi et l'amélioration des conditions de travail.

En revanche, un certain nombre d'inconvénients sont liés à ce changement de gouvernance :

- en tout premier lieu, le basculement de cette nouvelle mission aux ARS nécessite une réflexion sur les moyens humains à transférer ;
- cela entraîne un changement de philosophie qui recentre le champ de la prise en charge sur les acteurs naturels du social et médico-social, ce qui doit également avoir une influence sur la gouvernance nationale qui pour l'heure déconnecte le champ des services agréés sur le droit d'option du secteur « cohésion sociale » en confiant, y-compris sur les publics fragiles, la compétence au secteur de l'industrie et des services, dont le métier est le développement économique et pas la protection des publics fragiles (initiative des textes sur la question, tutelle unique sur l'ANSP...).

6. La mission souhaite que la gouvernance du secteur, à niveau départemental et national, puisse être recentrée, pour les publics soumis au droit d'option, sur le champ social et médico-social.

Une solution a minima, et qui devrait être mise en œuvre quel que soit le mode de gouvernance retenu, consiste à construire un cahier des charges de l'autorisation tel que le prévoit le II de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Celui-ci devra être formalisé en même temps que seront déterminées les modalités de tarification retenues par les pouvoirs publics pour une meilleure cohérence du financement alloué en regard de l'activité prestée (niveau de qualité, etc...). En tout état cause, ce cahier des charges devra, si le système du droit d'option est maintenu en l'état, avoir une base commune avec le cahier des charges de l'agrément qualité sur les publics du code de l'action sociale et des familles.

7. La mission préconise l'élaboration, sous la conduite du ministère de la cohésion sociale, d'un cahier des charges qualité pour les services autorisés. Ce document est de niveau réglementaire (décret).

2.1.2. Un secteur qui ne permet pas de penser la coordination des services autour des usagers, notamment pour les plus fragilisés

Si la gouvernance du secteur ne permet pas toujours une politique coordonnée du maintien à domicile sur l'ensemble d'un territoire départemental, les auditions conduites durant la mission ont toutes souligné l'importance d'une meilleure coordination des prises en charge autour de l'usager.

Le problème a trait à la difficulté de mise en œuvre d'une filière de prise en charge permettant un maintien à domicile de qualité, essentiellement par manque de fluidité ne suscitant pas un travail commun des services autour des personnes. Les personnalités qualifiées du secteur (médecins, responsables de plateformes de services, d'institutions de coordination), et dans une moindre mesure certains gestionnaires de services notent un manque de connaissance réciproque et de coordination à plusieurs niveaux :

- entre les services d'aide à domicile –tous types de services confondus – et les établissements sociaux et médico-sociaux, voire sanitaires ;
- entre les services permettant une prise en charge structurée autour de la personne.

Les modes d'intervention à domicile sont encore trop cloisonnés, les différents dispositifs encore trop pensés comme des ajouts de strates successives sans qu'il y ait, à chaque création de dispositif, de réflexion sur ceux déjà existants. Le besoin de simplification du secteur de la prise en charge à domicile –qu'il s'agisse des services intervenant auprès des bénéficiaires ou des institutions – a été revendiqué de façon systématique durant toutes les auditions.

Les solutions qui pourraient être apportées pour répondre le plus rapidement possible à ces difficultés sont les suivantes :

- une meilleure coordination des dispositifs du maintien à domicile (celle-ci passe en partie, comme déjà vu, par une gouvernance rénovée du secteur), ce qui peut aller jusqu'à l'intégration dans un unique service ou groupe de services de toute la palette de prise en charge ;
- la simplification des guichets de prise en charge, voire pour certain le développement de guichet unique ;
- la mise en cohérence des différents niveaux d'intervention autour d'outils communs d'intervention.

➔ Une meilleure coordination des dispositifs du maintien à domicile

A l'instar d'une gouvernance recentrée autour de l'usager de services sociaux et médico-sociaux, il est indispensable de repenser les modalités de coordination des services autour des usagers. Quelques unes sont d'ores et déjà repérées dans ce rapport, les plus récurrentes durant les entretiens, mais ce sujet doit être approfondi à la fois à niveau national, mais également par les institutions locales en charge de ce secteur (ARS et conseils généraux). Une meilleure coordination aurait le mérite de rendre les prises en charge complémentaires, non redondantes et pensées en filière (ce qui a pour conséquence un gaspillage des financements publics¹¹).

- Les initiatives sont, sur le terrain, nombreuses et permettraient aux services d'aide à domicile d'entrer dans une dynamique organisationnelle plus vertueuse, car moins cloisonnée, et génératrice

¹¹ Cf, le rapport du Haut comité de l'assurance maladie, 23 juin 2011, p. 59.

d'économies financières. Les conseils généraux et le secteur ont imaginé toute une série de dispositifs, pour la plupart en cours d'expérimentation :

- des plateformes de services, qui permettent d'avoir des plans d'accompagnement intégrés et qui sont générateurs d'économies de gestion sur le secteur ;
- des plateformes de services, dont les porteurs de projet peuvent être soit un SSIAD, soit un SAD, soit les deux sous convention, associées à des habitats regroupés, ce qui permet aux personnes d'être « comme à domicile » tout en bénéficiant d'une sécurité de service ;
- des plateformes de services, dont le porteur de projet, peut être un établissement, le cas cité à la mission était un EHPAD, qui offrait aux services d'aide à domicile (aide à la vie quotidienne et soins) une mise en commun de moyens supports, sur une zone de couverture de service difficile.

Dans tous les cas, ces services permettent une économie de gestion des fonctions supports, une réponse coordonnée des besoins, car les « cas » sont gérés sous tous les registres de besoins.

Il doit être noté qu'un dispositif existe déjà dans le champ médico-social, le service polyvalent de soins infirmiers à domicile (SPASAD), qui a été créé pour permettre une approche plus intégrée des besoins de la personne et donc des services rendus. Force est de constater que cette formule n'a pas les effets escomptés, faute de bilan sur les freins du dispositif. Les pouvoirs publics, essentiellement le ministère de la cohésion sociale, doivent évaluer le dispositif afin de le rendre attractif.

8. La mission recommande que les pouvoirs publics s'attachent à creuser ces deux grands axes de réflexion pour favoriser une meilleure coordination du secteur de l'aide à domicile et permettre ainsi une optimisation des moyens financiers alloués :

1- le premier consiste à réfléchir à un système optimisé d'information, de coordination et d'orientation des personnes âgées dépendantes, à l'instar de ce qui est fait sur le champ du handicap tout exigeant de cette nouvelle forme de coordination :

- la simplification du paysage existant pour ne pas empiler les dispositifs d'information, de coordination
- gestion coordonnée des cas les plus complexes sur le principe de la MAIA, étendue à tout le secteur des personnes âgées, mais avec visibilité territoriale du dispositif
- un relais communal systématique, premier point d'accès des personnes en recherche d'information.

2- le second consiste à valoriser la mutualisation des services permettant une meilleure coordination autour des personnes accompagnées incluant des formules de mutualisation entre services (notamment sociaux et médico-sociaux) :

- faire un bilan des expérimentations ou actions innovantes en cours dans les départements pour les proposer en « bonnes pratiques » en matière organisationnelle de développant intégrés de services (plateformes de services, plateformes de services autour de l'habitat regroupé, plateformes de services intégrant l'établissement...);
- réaliser un bilan de la formule SPASAD pour réfléchir à un nouveau mode de tarification, plus intégré et identifier les grands axes d'un cahier des charges de ce type d'accueil.

3 – L'appartenance à des réseaux devrait être favorisé et valorisé financièrement.

- Des outils performants permettant de développer des actions de qualité et complémentaires de prise en charge

Même si les solutions apparaissent simples de mise en œuvre et de bon sens, elles ne sont pourtant pas systématiquement reprises sur l'ensemble des territoires visités et sur l'ensemble des services. C'est pourquoi la mission recommande de les intégrer au programme de travail de travail des pouvoirs publics dès 2012 :

- Les échanges réalisés dans les départements avec les services, mais surtout avec les plateformes de services agréés ont permis de repérer une solution simple qui serait génératrice d'un service de qualité associé à une gestion plus serrée des moyens financiers et humains de la structure : l'adéquation entre l'organisation et le projet de service. Trop de petits services agréés, dont le volume d'activité demeure contraint, et qui n'appartiennent pas à des enseignes ou fédérations de services qui les aide à formaliser leur projet de service, ne savent pas mettre en regard du public servi les moyens adaptés (en termes de desserte de services, de qualification, etc.). Ceci a pour conséquence non seulement un risque de qualité de service dégradé (dont la sanction n'est faite que cinq ans après leur premier agrément, lors du renouvellement), mais également une gestion non optimisée du service faute de management stratégique de la structure.

C'est pourquoi, en tout premier lieu pour l'intérêt des bénéficiaires les plus fragiles de ces services, mais également pour une gestion plus performante de la structure, la mission recommande que les services agréés, tout comme les services autorisés, réalisent, lors de leur création, un projet de service, qui devienne obligatoire dans le cadre de la procédure d'agrément. Cette condition, de bonne gestion du service et de l'organisation, est, de plus, en adéquation avec l'obligation faite par le code du travail (article L. 7232-5) d'avoir une qualité de service équivalente, pour les mêmes publics, entre le champ de l'autorisation et le champ de l'agrément.

9.1. La mission insiste sur l'intérêt des outils mis en œuvre dans le cadre de la loi 2002-2 dès lors que les publics aidés sont des publics fragilisés. C'est pourquoi, il est recommandé d'imposer aux services agréés accompagnant des publics âgés et handicapés d'être soumis à l'obligation de réaliser un projet de service tel qu'il est prévu à l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles. Cette préconisation est de niveau législatif et nécessite une modification de l'article L. 313-1-2 du code de l'action sociale et des familles. Elle pourrait également être inscrite en miroir, pour davantage de visibilité, dans le code du travail, sans que cela soit pourtant une nécessité. Le cahier des charges de l'agrément devrait être modifié en conséquence.

- Une autre série d'outils mériteraient d'être travaillés par la CNSA et le ministère de la cohésion sociale, tous ceux ayant trait à la meilleure gestion du plan d'accompagnement à domicile. Il s'agit de développer, sur la base d'expériences déjà existantes, des outils permettant de fluidifier l'information et le partage des connaissances autour des plans d'accompagnement. Le premier a trait à un manque repéré dans tous les conseils généraux visités (sauf pour ceux qui ont déjà mis en place ce genre d'outils) : une fiche de liaison entre le conseil général, le bénéficiaire du plan d'aide et le service d'aide à domicile. Cette fiche, dont un exemplaire-type devrait être réalisé à niveau national, devra assurer une grille de lecture commune des plans d'aide à l'ensemble des départements. Cet outil a pour avantage une formalisation minimale des indications contenues dans le plan d'aide, puis dans la fiche de transmission. A ce sujet, la mission n'a pu que constater l'hétérogénéité des plans d'aide (de très détaillés, allant jusqu'au minutage des interventions, à trop peu indicatifs), ce qui ne simplifie pas le travail de réalisation, par le gestionnaire, du plan d'accompagnement, ni n'assure un traitement équitable de l'utilisateur d'un département à l'autre s'agissant de la mise en œuvre des prescriptions indiquées dans le plan d'aide. En marge de ce simple outil, mais très important pour la bonne mise en œuvre des plans de compensation, il est recommandé que la CNSA réalise une étude précise des plans d'aide APA et de la façon dont ils sont réinvestis par les services d'aide à domicile,

afin d'optimiser l'allocation des financements alloués à la perte d'autonomie. Cette étude, de son champ de compétences, doit être réalisée avec le concours du ministère en charge de la cohésion sociale, des services et des conseils généraux.

9.2 La mission recommande de confier à la CNSA, en collaboration avec le ministère de la cohésion sociale, l'élaboration d'outils permettant de mieux articuler les plans d'aide de l'allocation personnalisée pour l'autonomie avec les plans d'accompagnement réalisés par les services d'aide à domicile.

9.3. En outre, sur la base de la capitalisation des bonnes pratiques déjà existantes, il pourrait être envisagé, par exemple, de réaliser avec les conseils généraux, un outil de liaison conseils généraux – services d'aide à domicile. Ce document permettrait de rendre homogène les informations transmises aux services et issues des plans d'aide pour une mise en œuvre plus aisée par les services.

Un second type d'outils, porté à la connaissance de la mission durant les auditions, a suscité un grand intérêt : le principe du cahier de liaison du domicile. Ce cahier de liaison permet un partage des informations autour de la personne pour une meilleure coordination de l'action des services. Il a pour vertu de définir des éléments d'alerte dans le cas d'un changement d'habitudes ou de comportements de la personne aidée, de formaliser les éléments de *reporting* pour chaque intervenant. Même si cet outil se situe à la marge de la commande du présent rapport, son intérêt ne peut être passé sous silence. Il a été développé dans le cadre de la prise en charge MAIA (ex. Mulhouse). Les rapports d'activité annuels réalisés par les MAIA, alors qu'elles sont en pleine construction d'outils permettant une fluidité de parcours et d'information autour de la personne, devraient être systématiquement transmis à la CNSA et au ministère de la cohésion sociale qui pourraient, avec le secteur et les professionnels concernés, en tirer des préconisations de bonnes pratiques.

Cette gouvernance recentrée autour du bénéficiaire de services sociaux et médico-sociaux est une première étape vers une prise en charge améliorée, mutualisée et génératrice d'économies de financements publics. Elle permet également, parce qu'elle repose sur un projet de service pensé au centre d'un dispositif plus large d'action sociale et sanitaire, une efficacité d'organisation où les moyens humains et financiers sont mis en regard des besoins du public servi par la structure (éviter de financements-doublons, de financements mal coordonnés et générateurs de dépenses inutiles et coûteuses). Elle favorise surtout une nouvelle dynamique du maintien à domicile, génératrice d'économies financières et d'organisation optimisée et mutualisée des services, pour une prise centrée autour de la personne désirant demeurer à domicile.

2.2. Des règles de tarification qui doivent davantage tenir compte des spécificités de services rendus tout en évitant une complexification du système proposé

2.2.1. Des pratiques tarifaires fortement hétérogènes selon les conseils généraux : des règles de tarification dont ne se sont pas emparés les acteurs.

2.2.1.a. Des règles théoriques qui dépendent du régime juridique auquel est associé l'établissement : la difficulté de gestion du droit d'option

Les services d'aide à domicile (SAD) peuvent, d'un point de vue tarifaire, relever de deux régimes différents selon qu'ils sont autorisés (articles L. 313-1 et suivants du CASF) ou agréés (article L. 7231-1 du code du travail).

- S'agissant des SAD autorisés, les tarifs sont déterminés par le président du conseil général¹² sur la base de l'approbation des dépenses de personnels (selon leur niveau de qualification) et de structure (articles R. 314-132 et suivants du CASF), ces deux ensembles donnant un coût horaire de structure (1° de l'article R. 314-133 du CASF) auquel est ajouté un coût horaire de coordination, d'encadrement et de soutien (2° de l'article R. 314-133 du CASF). Le coût horaire d'intervention ou de structure est calculé sur la base du nombre d'heures d'intervention de tous les personnels visés aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 314-130 du CASF, chaque catégorie de personnel donnant lieu à un tarif différent.

Ce système de tarification repose sur un exercice budgétaire itératif entre le conseil général et les services d'aide à domicile dans le cadre d'une procédure contradictoire, durant laquelle les gestionnaires de SAD proposent un ensemble de dépenses que le président du conseil général doit approuver ou rejeter pour tarifier. Cette tarification tient compte des conventions collectives applicables au secteur et de la reprise des résultats des exercices antérieurs. Toutefois, l'article R. 314-135 du CASF prévoit que par voie conventionnelle, le conseil général peut verser une dotation globale aux SAD.

Cette procédure budgétaire annuelle part des charges et produits constatés en N-1 par rapport à l'année de référence de la tarification et peut prévoir la reprise des déficits et des excédents, après affectation du résultat par l'autorité de tarification.

- S'agissant des SAD agréés, leur tarification est libre, l'évolution des tarifs des prestations se trouvant encadrée par un arrêté annuel du ministre de l'économie et des finances (article L. 347-1 du CASF). Ces services ne sont pas connus des conseils généraux s'agissant des modalités financières qu'ils développent, puisqu'ils sont financés de façon indirecte par le biais d'un tarif de valorisation des plans d'aide APA ou PCH.

Enfin, la réglementation actuelle ne permet pas de lier la procédure de tarification aux modalités de valorisation de l'allocation personnalisée d'autonomie, ce qui a pour conséquence un chevauchement de deux logiques, celle de l'APA et de la compensation des besoins des usagers en fonction de leur niveau de dépendance quels que soient leur situation, leur choix de prestataire, et celle de la tarification qui prône une compensation des coûts de revient du service, déterminés par la procédure budgétaire, par des financements publics.

2.2.1.b. Une pratique hétérogène des règles de tarification et de gestion du droit d'option selon le territoire

Force est de constater que les auditions et déplacements réalisés avec les services de différents départements et les rencontres de plusieurs services de conseils généraux révèlent autant de modalités de tarification et de relations financières entre les et les conseils généraux que de départements visités. Les modèles-types seront présentés plus avant dans le rapport.

➔ Des territoires, dont l'offre est contenue, qui choisissent d'avoir une approche privilégiée avec les services autorisés

Les territoires dont l'offre est contenue choisissent tous de privilégier un rapport de travail intense avec les services d'aide à domicile autorisés. Il s'agit de départements peu perméables au déploiement des services agréés, car leur territoire est majoritairement rural ou semi-rural autour d'un centre urbain de taille moyenne, de sorte que le conseil général parvient à contenir l'offre, voire à l'organiser sur l'ensemble du territoire par le biais de sectorisation du territoire départemental.

¹² La fixation du tarif résulte de l'habilitation à l'aide sociale qui découle, sauf mention contraire, de l'autorisation.

Pour peu que le conseil général ait une politique plus favorable aux services autorisés (tarif de valorisation des plans d'aide plus bas que la valorisation et la tarification des autorisés, contractualisation...), la gestion du maintien à domicile se fait majoritairement par le biais de l'autorisation.

Cette gestion du droit d'option ne rend pas attractif le territoire pour le développement des services agréés, mis à part sur le centre urbain. Cette politique conduit à mettre en adéquation de façon territorialisée l'offre aux besoins identifiés dans le schéma départemental (par exemple, le cas du conseil général de l'Ain, voire, dans une moindre mesure du Doubs). Toutefois, si un référentiel départemental de coûts n'est pas associé à cette politique, le risque pour le département est d'avoir une visibilité parfois tronquée de l'efficacité des services (le fait qu'il n'y ait pas de concurrence ni de référentiel de coûts pouvant conduire à un manque d'optimisation des enveloppes allouées).

➔ Des territoires qui éprouvent des difficultés à gérer une offre globale de services qui réponde aux besoins identifiés dans le schéma départemental

Il s'agit de territoires dont les spécificités territoriales sont toujours équivalentes : des territoires fortement urbanisés, attractifs pour les services agréés et qui laissent, en termes de politique départementale, jouer pleinement la concurrence. Parmi les départements visités lors des auditions, il s'agit des cas du Rhône, du Val de Marne et d'une partie des Yvelines.

Dans ce cas, l'offre de services subit une véritable explosion, avec des créations et fermetures de services hebdomadaires, ce qui ne permet pas une stabilisation de l'offre. La principale difficulté relevée par les conseils généraux qui ont ce type de structuration de l'offre est leur incapacité à assumer pleinement leur politique de maintien à domicile : ils ne savent pas toujours si l'offre présente sur le territoire répond aux besoins identifiés dans le schéma départemental. Ils relèvent également une opacité de la qualité de services rendus pour le conseil général au regard des financements qu'ils allouent pour compenser la perte d'autonomie et le handicap des publics les plus fragiles.

Dans ce cas, les pratiques de tarification sont en adéquation avec les modalités de développement de l'offre : une tarification plus favorable aux services autorisés et une valorisation APA de référence pour les services agréés qui ne les empêchent pas, en raison du volume d'activité à servir de se développer, voire un traitement équivalent entre services autorisés et services agréés.

➔ Ce régime du droit d'option ne satisfait aucun des acteurs du maintien à domicile

La mission a constaté le sentiment de la part des services autorisés d'être injustement concurrencés par des services agréés qui ne prennent pas en charge les cas les plus complexes et pour une qualité moindre, ce qui n'est pas forcément avéré.

Le même sentiment d'injustice est décrit par le secteur agréé, celui d'une véritable distorsion de concurrence par une compensation financière plus favorable aux services autorisés et par une information imparfaite faite auprès des bénéficiaires qui ne leur permettrait pas d'exercer leur libre choix.

Cette diversité de pratiques et de territoires doit être prise en compte et militer pour une réforme des modalités de tarification qui assure une certaine souplesse et marge de manœuvre aux conseils généraux tout en permettant une allocation de ressources des financements publics plus en adéquation avec les besoins des usagers et les difficultés de services rendus.

2.2.1.c. Des règles de tarification qui ne simplifient pas les relations avec les autres financeurs de services et qui ne satisfont plus aucun des acteurs du système

L'une des difficultés relevées durant les déplacements est l'incertitude des différents financeurs quant à la place qu'ils occupent dans le cadre de la tarification par le conseil général des services d'aide à domicile :

- les départements estiment que leur tarif s'impose aux caisses et plus précisément à la CNAV et ce, quelle que soit leur modalité de tarification (notamment dans le cas où ils établissent un tarif moyen pour le SAD qui ne distingue pas les activités et qui fait donc supporter une partie des charges potentiellement de leur ressort sur le financement CNAV) ;

- la CNAV estime que le conseil général ne peut leur imposer un niveau de tarification qui va au-delà de la participation déterminée en conseil d'administration (aide extra-légale), ce dernier ne souhaitant pas revenir sur le principe du déconventionnement en cas de dépassement du tarif de référence CNAV (18,80 pour 2011) qui équivaldrait à laisser un reste-à-charge pour l'utilisateur.

Enfin certains conseils généraux estiment que les PAP (plans d'actions personnalisés), mis en place par la CNAV durant ces dernières années, vont bien au-delà de la simple aide ménagère classique pour aller vers une véritable prévention de la perte d'autonomie. S'ils considèrent cette évolution souhaitable, en revanche, pour certains, le financement leur semble insuffisant pour conduire ces nouvelles missions, ce qui entraîne des distorsions entre la participation horaire fixée par la CNAV et leur propre tarification issue du constat des charges supportés par le service.

Aucun référentiel n'étant en mesure de déterminer les coûts réels de chaque type de prestation, ces deux positions inconciliables conduisent les services, s'ils ne prennent pas un reste à charge à l'utilisateur même sous peine d'être déconventionné, à cumuler des déficits qui sont le plus souvent non repris par le conseil général.

Seul un des départements visités semble avoir réglé cette question (le Maine et Loire). Sa position d'évaluateur des PAP de la CNAV lui permet d'avoir un dialogue nourri avec la CARSAT, notamment sur les questions de financements. De plus, la condition d'évaluateur sur l'ensemble de la filière (du GIR 6 au GIR 1) permet de mieux coordonner les aides publiques et de mieux en définir les frontières. Le conventionnement des CARSAT avec les services du conseil général a un effet bénéfique en matière de réponses faites aux besoins des usagers, dans la continuité (de la prévention à la dépendance). L'utilisateur, quant à lui, conserve le même interlocuteur quand il bascule du GIR 5 au GIR 4.

10. S'agissant de la tarification de l'activité des caisses de retraite et notamment de la CNAV, aucune solution juridique idoine ne peut avoir réellement cours dans ce cas d'activité précis. De plus, sans référentiel de coûts liés à l'activité servie, il est compliqué a priori de proposer des solutions permettant à la procédure de tarification de ne plus générer de déficits sur l'activité « caisses ». C'est pourquoi, la mission préconise, avant toute chose, de réaliser un référentiel de coûts du secteur (cf. infra) et de déterminer une approche de tarification en adéquation avec cette étude de coûts. Dans ce cadre :

- soit le référentiel de coûts démontre que la participation horaire de la CNAV permet de prendre en compte les charges réelles du service rendu : dans ce cas, le conseil général doit s'engager à respecter le référentiel des coûts et à ne pas imputer la charge due à sa propre activité (APA, PCH) sur les caisses ;

- soit le référentiel de coûts démontre que la participation horaire de la CNAV ne permet pas toujours et dans tous les cas de compenser les charges réelles liées à l'activité « caisse de retraite ». Il doit alors être acté la possibilité pour le service de demander un reste-à-charge supplémentaire au

bénéficiaire de la prestation, la participation de la CNAV n'étant alors qu'une participation en atténuation des charges (une participation plafond). Dans ce cas précis, le conseil général devra, comme dans le premier exemple, dégager une approche budgétaire analysée en types d'activités rendues et différencier les tarifs selon ces activités pour ne pas faire supporter des charges indues aux caisses de retraite. Ce dépassement tarifaire devrait faire, de plus, l'objet d'une contractualisation entre la CARSAT, le conseil général et le service.

Au vu des difficultés recensées et des pratiques hétérogènes en matière de tarification des conseils généraux, les acteurs et institutions du secteur prônent tous une réforme de l'allocation de ressources dans le champ de l'aide au maintien à domicile.

2.2.2. Des propositions de réforme d'ores et déjà élaborées et expérimentées : évaluation des projets de tarification de l'ADF - collectif des 14 et de l'IGF-IGAS

2.2.2.a. Rappel des grands principes des réformes déjà rendues publiques

➔ La réforme de l'ADF – collectif des 14 : une gestion de l'allocation de ressources par une logique d'enveloppe, contractualisée autour des missions confiées aux services

La réforme proposée par l'ADF et le collectif des 14 est une réforme complexe et élaborée qui vise à mieux prendre en compte les besoins des usagers au regard d'une gestion plus efficiente des financements publics.

Les grands principes de la réforme de l'ADF et du collectif des 14 fédérations de l'aide à domicile qui l'ont signée sont les suivants :

- Sur la procédure budgétaire, le principe est un renversement de la logique budgétaire inscrite dans le code de l'action sociale et des familles. La procédure annuelle de détermination du tarif sur la base des charges historiques du service qui sont budgétairement discutées au regard des produits laisse place à une méthode de détermination en amont de moyens globalisés au sein d'un document contractuel pluriannuel, le CPOM (contrat pluriannuel d'objectif et de moyens).

Dans le cadre de cette procédure budgétaire renouvelée, il s'agit de fixer, a priori, des objectifs de services aux structures contractantes en regard des moyens alloués, sous forme de forfait global de financement. Les objectifs de ce contrat et les ressources octroyées en regard sont fixés pour une durée de trois ans. Il s'agit donc d'une procédure qui fixe a priori un certain nombre d'engagements et renforce le principe du contrôle a posteriori.

La proposition de réforme insiste, dans le cadre de la loi, sur la notion de mandatement qu'établit ce nouveau dispositif et précise les missions de service public qui doivent être retenues dans le cadre du CPOM.

- Cette contractualisation (article législatif joint au projet de réforme) se propose de recentrer la prise en charge des bénéficiaires de l'APA, de la PCH et de l'aide sociale, sur l'autorisation, tout en laissant coexister le champ de l'agrément.

- Concernant les moyens alloués dans le cadre de cette tarification, ils ne sont détaillés que pour le public « personnes âgées dépendantes ». Ils sont fixés sur la base du projet de service et la détermination d'une activité prévisionnelle des services (basée sur la file active constatée en N-1).

Sur cette base, elle propose de normer les modalités de calcul de financement :

- en versant le forfait directement à la structure en lieu et place d'un versement de l'allocation directement à l'utilisateur ;
- en versant en année N, 90% du forfait ainsi calculé par 12^{ème}, les 10% restants étant libérés au vu de la réalité des comptes (en N+1, soit au plus tôt le 31 avril de l'année N+1), sans reprises des déficits ou des excédents ;
- par des modalités fines de calcul des besoins des usagers en fonction de trois grands groupes de dépenses – actes essentiels, raffinée en fonction du niveau de GIR, aide à la vie quotidienne, activités sociales et relationnelles – potentiellement pondérées auxquels sont ajoutés les frais de structure plafonnés.

Le forfait global ainsi déterminé est soumis à un taux annuel d'évolution.

- La gestion de l'enveloppe ainsi déterminée est rendue plus souple, puisque les services peuvent adapter la mise en œuvre du plan individuel pour une gestion des absences plus aisée. La modulation de la réalisation du plan se fait à niveau individuel, mais également au niveau de l'ensemble des usagers dans une certaine limite.

L'intérêt majeur de cette réforme est la capacité pour :

- les conseils généraux de pouvoir piloter l'évolution de l'enveloppe APA sur plusieurs années et d'avoir une vision pluriannuelle et limitative de la dépense ;
- les services d'avoir une vision pluriannuelle de leur activité à laquelle est lié un montant de financement.

➔ La réforme proposée par le rapport IGF-IGAS : une allocation de ressources contractualisée sur la base d'un tarif horaire mixte, modulé par le niveau de dépendance et de ressources des bénéficiaires

- Sur la procédure budgétaire, à l'instar du projet ADF – collectif des 14, le projet IGAS-IGF, publié dans un rapport d'octobre 2010¹³, propose que les financements alloués au titre de l'APA, de la PCH et de l'aide sociale, le soient sous une forme contractualisée au sein d'un contrat pluriannuel de financement. Ils notent cependant que cette contractualisation, fixant des objectifs de service public, ne peut se faire qu'avec un seul service.

- Cette contractualisation est indissociable du régime de l'autorisation qui doit être, à moyen terme, le modèle unique du champ de prestations de services pour le maintien à domicile des publics fragiles. Deux catégories de services à domicile sont comprises dans cette autorisation renouvelée :

- les services qui contractualisent avec le conseil général prennent en charge les publics les plus fragiles (les plus dépendants, économiquement fragilisés...) et passent par une procédure d'appel à projet entraînant la tarification du service ;
- les services qui, ne prenant pas les cas les plus compliqués, ne contractualisent pas avec le conseil général et demeurent dans un régime d'agrément qui devrait évoluer vers une autorisation allégée. Dans ce cadre, il n'y a pas de procédure de tarification.

- La fixation de la dotation est réalisée sur la base d'un double tarif horaire : un tarif « aides à la personne » et un tarif « aides à l'environnement », le tarif de la CNAV étant calé sur le tarif « aide à l'environnement ».

Ces tarifs doivent tenir compte, sans que le rapport ne soit très explicite s'agissant de la méthode retenue, d'une solvabilisation de l'utilisateur différenciée selon les niveaux de revenu et de dépendance des bénéficiaires.

¹³ 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*, rapport octobre 2010.

L'avantage de cette proposition est qu'elle est relativement simple de facture, permet une contractualisation des objectifs des services avec les financeurs. Elle recueille, même si elle doit être précisée techniquement, voire amendée, l'aval de la majorité des conseils généraux auditionnés, notamment parce qu'elle conserve le principe de tarification horaire qu'ils ne désirent pas, dans leur grande majorité, abandonner.

2.2.2.b. Les inquiétudes suscitées par ces deux propositions de réforme

La mission a systématiquement interrogé les personnes et institutions auditionnées sur la pertinence des modèles de tarification proposée. La plus commentée est sans nul doute le modèle élaboré par l'ADF qui suscite également le plus de craintes, y-compris de la part de la majorité des conseils généraux visités. Dans le cadre des expérimentations qui sont d'ores et déjà lancées par certains d'entre eux, il sera nécessaire de tenir compte des limites ainsi évoquées :

➔ La crainte d'une gestion par l'enveloppe des financements alloués

L'adoption d'un système de forfait global inquiète à la fois les conseils généraux et partie des services d'aide à domicile interrogés :

- Pour les conseils généraux, le forfait sans référence horaire est ressenti comme un risque majeur d'opacité non seulement en termes de contrôle d'effectivité du service rendu aux usagers, mais également pour les usagers eux-mêmes qui seraient beaucoup moins en mesure de suivre leur plan d'aide. S'agissant du contrôle d'effectivité du service rendu, les conseils généraux craignent essentiellement que le forfait global ne permette une souplesse de gestion des plans d'aide qu'ils ont eux-mêmes formatés (dans le cas du Doubs, cette souplesse se situe autour de 10%¹⁴, au-delà, le service doit en aviser le conseil général). Ils craignent également, sans contrôle drastique, la dérive du forfait, à savoir un choix de population en fonction de la lourdeur des cas et une mauvaise couverture des besoins, surtout si les indicateurs de suivi ne sont pas pertinents ou insuffisants.

- Pour les services, l'adoption d'un forfait global est synonyme de report de la gestion de la pénurie des moyens financiers sur leur structure (faire mieux avec un budget contraint). Le forfait global est synonyme également de risque financier si la valeur du point permettant de valoriser les ressources financières n'est pas fixée sur des critères objectifs. De même, si les indicateurs sont mal définis, ils craignent de subir une convergence autour d'éléments peu ou mal définis. Dans le cas du Doubs, certains services ont noté la difficulté de ne pas mener une expérimentation complète, puisque la référence budgétaire pour établir le forfait est le budget de l'année N-1, avec, pour certains services, la sensation que cette expérimentation n'a pas permis de mettre en exergue les efforts en termes d'efficience de gestion, fautes d'indicateurs suffisants. Cet argument, pour les services favorables à cette modalité de tarification, est justement la souplesse de gestion que leur laisse la modalité forfaitaire d'attribution des crédits et du contrôle de ceux-ci, la possibilité d'adapter en fonction des besoins des personnes le plan d'aide, voire d'intégrer dans leurs réponses les questions d'aménagement du domicile.

Le forfait global, enfin, n'est pas sans susciter des réticences chez les bénéficiaires du service qui, dans le cas du Doubs, par exemple, achètent un forfait de services prédéterminé (à mettre en regard du forfait octroyé aux services) – une sorte de droit de tirage sur des services -. Leur crainte est le manque de transparence de ce système à la carte par rapport à un plan d'aide formulé en volume

¹⁴ Parmi l'un des exemples donnés en séance, la possibilité d'ajuster, dans un même périmètre d'intervention et dans un certain pourcentage du plan d'aide, les volumes de prestations fournies entre plusieurs bénéficiaires de l'APA pour, de façon temporaire et selon le besoin recensé ou absence de la personne, diminuer ou augmenter les heures de prestations.

horaire et surtout l'impossibilité pour eux de faire jouer leur libre choix (notamment pour ceux qui, pour des raisons financières, ne prennent pas l'ensemble de leur plan d'aide ou encore pour ceux qui souhaitaient mixer leurs plans grâce à l'emploi direct).

Cependant, dans le cas d'une contractualisation avec versement direct des financements aux services (forfait ou dotation), la difficulté de procédure à établir au regard de la participation financière des usagers n'est pas davantage explicitée dans la proposition de l'IGAS et de l'IGF. C'est d'ailleurs un point technique complexe de résolution.

→ L'abandon de la tarification horaire n'est pas souhaité par la majorité des personnes et institutions auditionnées

L'abandon du tarif horaire comme valeur étalon des moyens alloués aux services n'est pas non plus sans poser question et, mis à part les départements expérimentateurs, elle n'emporte pas l'adhésion des services des conseils généraux auditionnés.

Leur crainte a trait surtout à l'impossibilité pour eux de lier le principe du forfait global sans référence horaire à la logique d'une APA à domicile construite sur un plan d'aide individualisé et notifié le plus souvent en heures de prestations. Ils redoutent la déconnection des plans d'aide du financement octroyé pour les mettre en œuvre.

C'est pourquoi, ce qui est essentiellement retenu de la proposition de l'IGAS et de l'IGF est bien le maintien de la tarification horaire, sur une base simple de deux tarifs, plus que tout autre mesure proposée par la mission d'inspection.

→ S'agissant de la procédure budgétaire, elle comporte également des difficultés notamment en termes de trésorerie

La procédure budgétaire adoptée par la réforme de l'ADF et le collectif des 14 suscite l'inquiétude des services s'agissant des réserves de trésorerie à mettre en regard. Le principe de versement par 12^{ème} de 90 % de la dotation peut avoir deux effets :

- dans un monde idéal où les services rendraient 100% de leur activité sur le mois, ils devraient payer, sur leurs réserves 10% des charges liées à l'activité ;
- les 10% étant libérés lors du contrôle des comptes administratifs, cela équivaut à avoir une réserve égale à 10% du montant total des charges engagés en N (comptes validés au plus tard le 31 avril de l'année N+1).

De sorte qu'un bref calcul conduit à visualiser cette crainte (dans le cas où la totalité de l'activité contractualisée serait assurée) :

Volume d'activité (100 000 h à 20€)	Produits	Charges	Besoins de trésorerie
90% N	1 800 000	2 000 000	200 000 (sur l'année)
Janvier N	150 000	166 666	16 666 (par mois)
Février N	150 000	166 666	16 666
....			
Décembre N	150 000	166 666	16 666
N+1 Activité inchangée et montant égal (non prise en compte du taux d'évolution)			
Janvier N+1	150 000	166 666	16 666
....			
Mai N + 1	150 000 (N+1) 200 000 (N : 10 % libérés)	166 000	16 666

L'intérêt de ce système est en revanche de permettre une souplesse de gestion de l'enveloppe en fonction du volant d'activité mensuel (qui peut être variable) pour lisser l'activité de façon annuelle, même si certains services notent que la variation de l'activité (départ en établissement d'un très dépendant ou décès) risque de déséquilibrer le système.

D'autres, enfin, notent que le système n'incite pas les services à prospecter de nouveaux marchés car, une fois atteint le volume d'activité contractualisé, ils ne sont pas incités à chercher de nouveaux clients, encore davantage, si une sectorisation est réalisée par le conseil général (un partage territorial de l'offre), ce qui est le cas avec plus ou moins de souplesse dans les deux départements expérimentateurs.

→ Un secteur insuffisamment professionnalisé pour supporter une réforme extrêmement complexe à mettre en œuvre

Le renversement du principe de la procédure budgétaire - le passage à un mode de contrôle a posteriori - et la mise en place d'une souplesse de gestion demande une professionnalisation et une maturité du secteur que certains financeurs ne constatent pas dans leur territoire.

De la même façon, pour assurer un contrôle de l'effectivité des plans d'aide dans une situation où les moyens alloués ne sont plus monétarisés sous format horaire, il est nécessaire de disposer d'un outil de télégestion performant. Or, tous les services et conseils généraux n'en disposent pas. D'importants problèmes d'interopérabilité des systèmes d'information restent encore à résoudre.

→ Enfin, et plus spécifiquement s'agissant de la réforme de l'ADF - collectif des 14, il a été constaté par la mission des ambiguïtés entre les signataires s'agissant de la mise en œuvre de certaines modalités pratiques de mise en œuvre de la réforme

Lors des auditions, plusieurs points sont apparus flous à la mission. Les explications fournies par les personnalités auditionnées, y-compris quand elles étaient signataire du projet n'étaient pas nécessairement semblables. Ces points, ici inventoriés rapidement, demandent donc à être éclaircis :

- la réforme est floue quant aux missions d'évaluation et de formalisation des plans d'aide APA et leur mise en œuvre dans le cadre de la nouvelle tarification. Si les conseils généraux estiment qu'il leur appartient de définir précisément le plan d'aide individualisé, les services et fédérations de service estiment que cette réforme a pour corolaire une évaluation plus minimale des bénéficiaires de l'APA par les équipes médico-sociales du conseil général pour leur laisser une marge d'appréciation bien plus importante sur les réponses individuelles à apporter aux bénéficiaires (construction du plan d'aide).

- Une opposition de principe des fédérations et des services à une non opposabilité des conventions collectives aux financeurs (ou dans une certaine limite prédéterminée) contre une volonté des conseils généraux ne plus les rendre opposables aux financeurs.

- Une incertitude quant à la gestion des variations d'activité dans le cadre du CPOM, notamment si les principes de basculement de l'ensemble du champ des publics fragiles dans l'autorisation et de gestion par territorialisation de l'offre n'étaient pas retenus.

- Une réforme à la carte, expérimentée dans des conseils généraux dont les caractéristiques de l'offre le permettent (offre de services réduite, territoires essentiellement semi-ruraux ou ruraux), limite, en l'état, une généralisation à l'ensemble des départements.

En sorte de conclusion, la mission note une crainte quant à la mise en œuvre de la réforme soutenue par l'ADF et les conseils généraux.

Cette crainte se traduit, pour les départements, par une attente forte du bilan de l'expérimentation de l'ADF pour identifier l'intérêt d'aller, une fois de plus, vers une modification en profondeur de la tarification du secteur.

La majorité des départements auditionnés estime que par rapport aux caractéristiques de leur territoire – offre importante et dialogue de gestion déjà largement construit sur un modèle horaire – la réforme ne leur convient pas. Lors des auditions, ce type de départements montre alors une préférence pour le modèle de l'IGAS et de l'IGF, plus simple et plus dans la ligne de ce qu'ils ont déjà mis en œuvre sur leur territoire.

La plupart des services auditionnés dans les départements, voire certaines fédérations, sont quant à eux réticents à se voir imposer un modèle de forfait global. Même dans le cadre des départements expérimentateurs, certains services conservent des réserves (ceux gérant la ruralité et ceux qui, sur le secteur urbain, sont confrontés à la concurrence des services agréés entraînant une baisse de leur volume d'activité).

Ces deux réflexions proposent des principes de réforme qu'il est tout à fait pertinent de retenir car ils permettront de renforcer l'efficacité du secteur du maintien à domicile : un principe de contractualisation budgétaire qui repose sur la fixation d'une dotation répondant mieux aux besoins des usagers de services. La mission le reprend également à son compte, en le détaillant, dans le développement qui suit.

2.3. Les règles d'allocations de ressources et les modalités de tarification sont à réformer, dans le cadre d'une réflexion plus large sur la solvabilisation des usagers de services

2.3.1. Les modèles d'allocations de ressources présentés par les conseils généraux ou par les acteurs du secteur : des expériences qui, par leur diversité, sont riches d'enseignements

Lors des auditions il a été constaté que les départements avaient alloué, sur la base de la réglementation en cours, les financements de façon relativement différente d'un conseil général à l'autre.

Ces différences donnent un panorama général des pratiques de tarification que l'on peut regrouper sous de grands modèles. Il s'agit là de les présenter car ils sont riches d'enseignements et permettent de donner quelques pistes de réflexion sur de potentiels modèles à visiter dans le cadre d'une réflexion consacrée à la refonte du modèle de tarification.

Ces modalités d'allocations de financement sont toutes réalisées en tarifs horaires, mais ont déjà largement exploré les principales difficultés du secteur de l'aide à domicile, à savoir le niveau de tarification octroyé aux services autorisés, la valorisation APA de référence appliquée aux services agréés, le niveau de reste à charge financé par l'utilisateur, les modalités d'encadrement des charges des SAD.

2.3.1.a. Le premier modèle est également le plus courant, puisqu'il vise à déterminer une tarification mixte pour les autorisés et une valorisation de référence pour les services agréés.

Cette modalité de tarification est la plus proche des règles actuelles du code. Elle est également assez fidèle aux propositions faites par l'IGAS et l'IGF puisqu'elle consiste à déterminer deux tarifs (ne sont pas visés les activités familles fragiles) : un tarif auxiliaire de vie sociale et un tarif aide à

domicile (assez proche en termes d'emploi du principe « tarif aide à l'environnement » et « aide à la personne »). Ce tarif peut être individualisé selon les types de prestations servies – pour exemple les prestations d'aide ménagères basées sur le tarif « aide à domicile » - ou bien représenter une moyenne selon les prestations fournies, les qualifications du personnel.

Le tarif ainsi établi, après une procédure budgétaire contradictoire, sert de base de référence au calcul du plan d'aide APA. Le reste à charge pour l'utilisateur est donc équivalent à la seule participation horaire APA.

Ces deux tarifs tiennent comptes des charges historiques des services puisqu'ils ne sont pas équivalents pour tous les services d'aide et d'accompagnement autorisés du département. La différence moyenne entre ces deux tarifs (« AVS » et « aide à domicile ») se situe aux alentours de 2,50 € et 3€ de l'heure. Le tarif d'aide à domicile peut être supérieur au tarif fixé par la CNAV pour son heure de prestation, ce qui, selon les départements visités, peut avoir trois types de conséquences :

- La plus courante, générer du déficit pour les SAD, déficits qui en raison de la restriction des financements alloués ne se trouvent pas compensés par des subventions d'équilibre provenant soit des conseils généraux, soit des communes ;
- une entente avec les CARSAT pour contractualiser un dépassement quand celui-ci est justifié ;
- le report sur l'utilisateur du dépassement (associé à une situation conflictuelle avec les CARSAT).

Le tarif moyen déterminé par service est celui qui entraîne le plus de difficultés quant au cofinancement CNAV, puisqu'il suppose un report d'une partie du coût de l'activité APA-PCH sur l'activité caisses de retraite.

Les services agréés, quant à eux, ont un tarif de référence permettant le calcul du plan d'aide APA dont il a été noté qu'il était fixé de la façon suivante :

- Sur le tarif national PCH, soit 17,59€
- Sur la participation horaire CNAV, soit 18,80€
- Soit bien plus bas si le conseil général a une politique favorable à l'autorisation (cas du Var par exemple) ou de façon relativement élevée pour favoriser le jeu de la concurrence (le Loiret dont le tarif de référence est de 19,08€).

Le dernier cas est loin d'être le plus courant.

Pour les services agréés, la différence entre le coût de revient et le tarif est à la charge de l'utilisateur, fixé dans le cadre d'un prix contractualisé entre le service et le bénéficiaire de service.

Ce modèle est celui des Ardennes, du Maine et Loire, du Rhône, de l'Oise.

Cette modalité de tarification peut être accompagnée d'un système de contractualisation réussie, comme c'est le cas dans le département du Maine et Loire.

2.3.1.b. Une valorisation de référence du plan d'aide pour les SAD autorisés et agréés : le jeu de la concurrence accepté

Ce modèle part du principe que le droit d'option doit entraîner une égalité de traitement s'agissant des valorisations des plans d'aide APA et PCH entre les services agréés et les services autorisés.

Il consiste à ne pas tenir compte de la spécificité des services autorisés et conduit à ne plus réaliser de tarification avec ces services qui se trouvent valorisés au même niveau que les services agréés.

Il s'agit du modèle adopté par le département des Yvelines qui fixe une valorisation horaire commune à tous les services et laisse à l'utilisateur le reste à charge issu du différentiel entre le niveau de compensation, par le biais de l'APA ou de la PCH, et le coût de revient du service.

Certaines auditions ont amené à évoquer la généralisation de ce modèle de tarification. Il est en général défendu par les représentants de services agréés.

Cette modalité de tarification, plus justement de non tarification, comporte pourtant un certain nombre de biais qui sont les suivants :

- de même que le principe du forfait ne pousse pas les services à prendre en charge des cas compliqués, le principe de la « tarification indifférenciée » ne permet pas d'avoir une gestion pertinente des besoins sur le territoire, puisqu'elle laisse la loi du marché décider, ce qui conduit les services à choisir les « prestations » les plus rentables et nécessitant le moins de contraintes organisationnelles ;
- elle peut entraîner des pratiques de « dumping » avec des nouveaux entrants qui, pour faire leur place sur le marché, réduisent les prix de façon drastique perturbant l'équilibre de services sur le département ;
- le résultat est la non adéquation des besoins les plus difficiles à prendre en charge avec l'offre disponible. Le conseil général des Yvelines fait le constat d'une concurrence accrue sur les zones urbanisées de son département et sur les territoires où le revenu moyen des personnes âgées est élevé, laissant en déshérence les territoires plus ruraux du sud du département et les populations les plus fragiles économiquement, ne pouvant donc supporter un reste à charge important.

Les solutions qui sont envisagées pour améliorer ce modèle, basée sur le principe d'une concurrence entre services, est l'appel à projet « sélectif » qui concernerait les populations ou territoires ayant des fragilités, qu'il s'agisse de fragilités économiques ou liées à l'isolement géographique. Dans ce cas, le conseil général réalise un appel à projet qui ne porte que sur une partie du territoire ou d'une population et, en contrepartie, attribue des financements supplémentaires justifiés par les missions de service public ainsi identifiées. Le reste du territoire conserve le principe d'une réponse aux besoins par le jeu de la rencontre de l'offre et de la demande. Cette option est également envisagée par un autre département auditionné, bien que celui-ci parvienne à gérer de façon plus aisée son offre, car les services sur l'ensemble du département ne dépassent pas une dizaine, secteur de l'agrément compris.

Une variante de cette proposition a été envisagée lors des auditions qui consisterait à réaliser une valorisation horaire du plan d'aide d'APA sur la base du niveau de GIR de la personne, ce qui reviendrait, pour les services, à avoir, en fonction de leur organisation, une vraie stratégie de gestion de la population accueillie et donc de la file active. Le différentiel entre la compensation et le coût de revient est pris en charge par l'utilisateur.

2.3.1.c. Un modèle de tarification basée sur une valorisation équivalente du plan d'aide entre services autorisés et services agréés, mais des services autorisés qui ont une prime au type d'activité rendue

Le principe est, à la base, similaire à celui qui a été retenu par le département des Yvelines puisqu'il s'agit de déterminer un tarif de valorisation des plans d'aide qui soit équivalent pour les autorisés et les agréés en permettant au service de récupérer un reste à charge sur l'utilisateur. Cependant, la différence réside dans la fixation d'un tarif équivalent à une reconnaissance de service public pour les seuls services autorisés : il s'agit d'une sorte de « prime aux objectifs » qui même si les services du département considèrent ces objectifs comme relativement frustrés permettent d'acter une démarche commune (frais de déplacement et effort de formation pour le personnel). Il s'agit du modèle adopté par le Loiret, modèle coûteux pour les finances départementales et qui ne permet

pas, tel que le fait apparaître les auditions menées pendant ce déplacement, de créer une offre autorisée suffisamment performante au regard des besoins du territoire, en raison du caractère frustré des missions assignées aux services autorisés, du manque de contractualisation du modèle et surtout de la non objectivation, par un référentiel, des tarifs retenus. En revanche, cette modalité de valorisation de l'APA tend à convenir à l'ensemble des services agréés, voire de certains SAD autorisés.

Il est envisagé, dans le cadre d'une réflexion plus centrée sur le champ de l'autorisation à valoriser de nouveaux objectifs et de les compenser plus avantageusement.

2.3.1.d. Un tarif de référence APA pour les SAD autorisés et une aide extra-légale pour les usagers de service autorisés fixé sur le tarif du service

Enfin des départements ont cherché à distinguer les dépenses permettant de valoriser les plans d'aide personnalisée à une même hauteur, au moins entre les services autorisés, et de compenser le différentiel sur la base d'une aide extra-légale. Cette compensation est directement versée aux usagers. Dans une logique de traitement égalitaire entre bénéficiaires relevant des services agréés et des services autorisés, la valorisation du plan de compensation est équivalente quel que soit le régime juridique du service, le différentiel avec le coût de revient réel n'est assuré que pour les services autorisés. Cette aide extra-légale compense à l'euro l'euro le différentiel entre le tarif servant à valoriser le plan d'aide et le coût de revient réel.

Ces modèles fournissent un ensemble de pistes pour un futur modèle de tarification, même si celui-ci requiert quelques préalables.

2.3.2. Un nouveau modèle de tarification : une approche davantage raisonnée sur une réponse efficiente aux besoins variables des usagers

2.3.2.a. Un préalable à toute expérimentation de modèle de tarification : la réalisation d'une étude de référentiel « coûts-prestations » de services :

A l'instar de ce qui est relevé par le rapport de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales fin 2010, l'une des constantes évoquées durant toute la mission est la difficulté de l'ensemble des financeurs à savoir à quelles prestations précises correspondent les financements engagés, d'objectiver, de façon analytique, les coûts de revient réels en regard de chaque type de prestation, enfin, de visualiser les variables expliquant les variations des coûts entre chaque type de prestation servie.

Pour l'heure, l'application de nouvelles modalités de tarification, sans ce référentiel de coûts permettant de comparer les structures entre elles, ne peut être engagée que sur la base de charges historiques des services, ce qui ne permet pas de favoriser des indicateurs d'efficacité pertinents en regard des besoins des populations servies.

Dans le cadre de la proposition de réforme faite par l'ADF-collectif des 14, ce manque de référence commune ne permet pas de fixer une valeur du point objective permettant le calcul de la dotation globale, pas plus qu'elle ne permet de vérifier que les variables retenues pour faire varier la dotation sont les bonnes. D'ailleurs, l'expérimentation dans le Doubs fixe la dotation contractualisée sur la base du budget de l'année N-1, sans pouvoir tenir compte de l'effet bénéfique d'un *benchmarking* entre structures. Pour exemple, un service ayant des frais de structure plus importants qu'un autre au regard de sa dotation verrait, sans indicateurs de convergence, sa capacité de progression en matière d'organisation occultée par cette modalité de fixation de niveau de financement. Cette situation donne une prime aux services qui ne sont pas nécessairement les plus performants en

regard des prestations rendues, ne favorise pas le principe de mutualisation et de recherche de gains d'efficience.

Il est à noter que l'effort en la matière de certaines fédérations du secteur, tel la croix rouge française, qui a mis au point un référentiel de coûts de revient horaire. Il permet, sur la base d'une analyse comptable décomposant trois grandes catégories de coûts, de comparer les structures entre elles et de détecter les déficiences majeures dans la gestion des services, d'identifier les zones de fragilité à surveiller. De même, lors des déplacements de la mission, les conseils généraux identifiés comme les plus actifs en matière de tarification ont mené des études de coûts sur leurs services autorisés pour encadrer, par le mode de la contractualisation, le versement des dotations (le Rhône ou le Maine et Loire par exemple).

De plus, comme noté supra, l'absence de références communes pour l'ensemble du secteur sur le coût d'une prestation servie, en fonction de ce qui est attendu par les financeurs du service rendu, entretient les difficultés liées au multi-financement et la non reconnaissance par les financeurs des déficits qu'ils peuvent éventuellement générer sur leurs propres activités. Ceci a pour conséquence pernicieuse soit de laisser les déficits à la charge des services, soit de porter le surcoût estimé d'une prestation à la charge des usagers. Dans un cas, comme dans l'autre, cette situation n'est pas favorable à la transparence du secteur sur le plan économique et comporte des effets pervers qui maintiennent le secteur de l'aide à domicile dans une incertitude financière.

11. C'est pourquoi la mission estime que la priorité de toute réforme de la tarification est de fixer le cadre d'un référentiel commun aux acteurs du secteur et aux financeurs (analyse des prestations en regard des financements alloués) afin de déterminer les modalités précises du financement du secteur. Cette étude nationale des coûts doit être réalisée le plus tôt possible, idéalement courant de l'année 2012, afin de valoriser à son juste coût la prestation du maintien à domicile, les éléments qui la compose, les qualifications à mettre en regard. En outre, elle permettra de définir les indicateurs clés de suivi des contrats de financements au regard des dotations allouées.

12. Elle doit être la base d'un référentiel de coûts national dont le suivi devrait être confié à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Cette analyse, conduite à niveau national, devra comporter deux grandes étapes :

1 – Analyse des prestations et activités rendues par les services : l'objectif de cette première étape sera de faire le point sur l'ensemble des activités développées par les services – interventions directes auprès des usagers et activités concourant à une mise en œuvre de l'activité « maintien à domicile » - pour définir une typologie de ces activités en fonction des publics accompagnés (variables « population ») et des types de professionnels qui les réalisent, déterminer, éventuellement, la possibilité de définir des prestations communes à tous les publics de l'aide à domicile.

2 – Sur la base de cette typologie, l'étude devra conduire à identifier la composition précise de coûts standards d'intervention au domicile de l'utilisateur, les variables explicatives de la variation des coûts de ces prestations (selon le public servi, le moment de la prestation de services – soirs, week-ends – les territoires...).

Ce travail ne doit pas être entendu comme une concurrence faite aux réformes déjà engagées, mais comme un soutien technique à celles-ci et une réponse objective aux craintes énoncées durant les auditions. En effet, ces craintes nécessiteront d'objectiver les mesures correctives à prendre sur les modèles de tarification proposés (variables objectivant les différences de financement pas toujours identifiées, indicateurs de performance à mettre en regard pour une gestion équitable des financements non ou insuffisamment formulés, etc...). Ces mesures correctives seront possibles car

l'étude nationale de références doit intégrer les formules d'allocations de moyens proposées par l'ADF – collectif des 14 et par l'IGAS-l'IGF en les rendant plus opérationnelles.

2.3.2.b. Dans quel cadre revoir les règles de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile et plus généralement les règles d'allocation de moyens au secteur ?

2.3.3.b. 1. Le principe d'une contractualisation avec les services d'aide et d'accompagnement à domicile notamment pour la prestation de services aux publics fragiles : une procédure de tarification génératrice d'efficience

L'une des principales difficultés relevées durant les auditions a trait au manque de visibilité qu'ont les services et les conseils généraux, en charge de la structuration de l'offre en regard des besoins identifiés, pour parvenir à rendre lisible et stratégique leur action sur une période dépassant le seul cadre de la procédure budgétaire annuelle.

L'une des réponses identifiées sur le terrain est, sur le champ de l'autorisation, la contractualisation pluriannuelle des objectifs et des moyens mis en regard des financements octroyés, tel que déjà réalisé sur d'autres secteurs médico-sociaux ou dans certains conseils généraux. Le rapport de l'IGAS et de l'IGF développe largement le bénéfice d'un tel outil sans qu'il soit besoin d'en faire ici le rappel. Aussi, les avantages ne seront ici que brièvement rappelés.

➔ Mettre en œuvre le principe de la contractualisation dans le champ de l'autorisation: le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

La contractualisation a pour avantage de susciter une vision stratégique à la fois pour le financeur et le gestionnaire du service, de prévoir éventuellement les modalités de mutualisation de compétences entre services :

- pour les financeurs, le contrat de financement pluriannuel permet de visualiser la dépense globale consacrée aux services d'aide autorisés sur plusieurs années (le plus couramment rencontré est trois ans) et avoir ainsi une prévision de l'évolution de celle-ci. De plus, il permet de fixer des objectifs aux services de diverse nature – qualité, niveaux de qualification, performance de gestion, etc. – en regard d'un financement spécifique ou d'une tarification temporairement plus avantageuse ;
- pour les services, le contrat permet d'avoir une visibilité sur le volume d'activité ainsi géré, le niveau de tarification octroyé, son évolution en pluriannuel. Il permet d'engager, sur la base d'un projet de service détaillé (population, territoire servi), un dialogue stratégique avec le financeur et un suivi annuel des indicateurs. Il permet enfin d'avoir une gestion stratégique de l'organisation en termes de gestion des ressources humaines et de l'investissement notamment.

Cette méthode de dialogue budgétaire demande certes beaucoup de temps au moment de la négociation contractuelle, mais permet d'éviter un dialogue budgétaire annuel itératif et stérile sur les charges et produits du service, pour mettre l'accent sur le suivi des objectifs et les modalités de modifications du contrat en raison de changement d'activité par exemple. Celle-ci est optimale avec un outil de contrôle de l'activité réalisée en regard des moyens alloués, à savoir, la télégestion, notamment pour une réactivité plus forte des objectifs fixés dans le cadre contractuelle par rapport aux variations d'activité.

Avantages en termes de relations budgétaires de la contractualisation pluriannuelle

Procédure habituelle et équivalente sur 3 ans	Procédure contractualisée	
<p>Rythme annuel Procédure annuelle de discussion budgétaire Itérative</p> <p>Sur : acceptation des charges et produits</p> <p>Inconvénient : chronophage et non stratégique</p>	<p>N1 négociation contractuelle Sur : charges/produits Evolution /objectifs</p>	<p>N+2 N+3 dialogue stratégique et suivi des indicateurs discussion nouveau CPOM</p>
<p>Avantage : discussion stratégique + gain de temps pour le contrôle</p>		

Les modalités pratiques de cette contractualisation devraient être les suivantes :

- un contrat d'une durée de trois ans (contrairement à d'autres champs de l'action médico-sociale où le contrat est quinquennal) devrait être envisagé. Au-delà, les modifications de file active ne peuvent permettre une souplesse de gestion de la contractualisation ;
- La contractualisation est généralement associée à un versement direct des financements aux services (soit sous forme de dotation globale, soit de forfait global). Cependant, il peut également fonctionner sur la base de la tarification horaire (cf. le conseil général du Maine et Loire) et l'engagement porte alors sur la fixation du tarif (par rapport au coût de revient du service) en regard des objectifs.

S'agissant du point sur l'acte de mandatement développé dans les deux réformes, et plus précisément s'agissant de la contractualisation dans la proposition ADF-collectif des 14, le CPOM ou toute convention fixant les obligations de service, les objectifs développés pour les réaliser en regard des financements publics octroyés sont des outils adaptés, comme le souligne le rapport de l'IGAS et de l'IGF d'octobre 2010, sans qu'il soit besoin de préciser dans la loi qu'il s'agit d'un acte de mandatement.

Cependant, il doit être veillé dans le cadre de cette contractualisation à la rigidité de l'offre de services qui pourrait être liée à une sectorisation de l'offre de service imposée par le conseil général (territorialisation des offres de service en fonction des structures sur le territoire).

13. La mission recommande d'ores et déjà la mise en œuvre d'une contractualisation systématique entre les conseils généraux et les services d'aide et d'accompagnement autorisés, comme le prévoit l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles. Cette contractualisation peut être réalisée dans le cadre d'une dotation globale de financement (article R. 314-135 du code de l'action sociale et des familles).

Il serait également judicieux de travailler à un contenu minimal du contrat pluriannuel dans le cadre des services d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés, afin de fournir des outils communs aux conseils généraux. Ces outils pourront utilement prendre en compte les préconisations relatives aux références communes en matière d'organisation optimale des services du présent rapport (cf. infra). Une formalisation minimale de ceux-ci au regard du mandatement serait une mesure de simplification des travaux des conseils généraux en termes d'expertise juridique.

➔ Favoriser la contractualisation de missions spécifiques avec les services agréés

Si le principe du droit d'option était maintenu en l'état, il pourrait alors être envisagé une modalité de contractualisation avec les services relevant de l'agrément du code du travail. D'une part, cette contractualisation a été abordée par quelques conseils généraux, qui l'envisageaient, sans que la

mission ait pu repérer des modalités déjà existantes. Ils l'envisageaient notamment autour de la mise en commun de clauses particulières de service ou de qualité qu'ils fixeraient dans un cahier des charges. D'autre part, lors des auditions, les représentants des fédérations de services privés lucratifs et les services agréés sur le terrain ont insisté sur le besoin d'être reconnus par les services du conseil général quand il s'agit de prester des services plus complexes.

Cette contractualisation aurait pour objectif de fixer, de façon volontaire, des conditions particulières de prise en charge réalisée par les services agréés en échange desquelles serait reconnue une majoration de la compensation financière versée par l'utilisateur. Cependant, et afin de pouvoir également faire porter cet engagement contractuel sur le niveau de prix opposable au bénéficiaire de service, il pourrait être imaginé la fixation d'un prix responsabilité que, par voie contractuelle, le service s'engagerait à ne pas dépasser auprès de l'utilisateur. Pour ce faire, une modification législative est à envisager qui préciserait les conditions dans lesquelles (cadre contractuel) la fixation des prix entre l'utilisateur de service et le SAD agréé peut déroger au principe de liberté des prix. Cette modification devrait être prévue à l'article L. 347-1 du code de l'action sociale et des familles : elle prévoirait que la règle générale pour la fixation des prix dans les services agréés soit le droit commun, sauf si, en cas d'accord des contractants, un « prix plafond » opposable au bénéficiaire du service est fixé.

14. La mission recommande qu'une réflexion soit menée sur les modalités d'une contractualisation entre les conseils généraux et les services agréés, y-compris sur la possibilité fixer, par voie contractuelle, un prix de responsabilité opposable à l'utilisateur.

2.3.3.b.2. Dans le cadre de la contractualisation, la nécessité de déterminer des références et indicateurs communs pour une meilleure efficacité de la dépense publique

L'une des critiques apportées à l'expérimentation actuellement menée dans le Doubs est la précipitation trop importante dans laquelle elle est réalisée et qui n'a pas permis, selon certains services, d'obtenir des indicateurs fiables de suivi des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, ni de favoriser une gestion optimale des services sur la base de références communes. Or, pour que le modèle de l'ADF – collectif des 14 puisse produire les effets bénéfiques attendus, il est nécessaire de cadrer les indicateurs de suivi du déroulement des contrats. C'est d'ailleurs dans cet esprit que le conseil général de l'Ain a repoussé à juillet 2012 la mise en œuvre de l'expérimentation.

La mission, dans le cadre de ses propres propositions de modalités d'allocations des financements, préconise la mise en place d'indicateurs d'efficacité associés à l'allocation de ressources.

C'est pourquoi il est recommandé de travailler à la réalisation d'indicateurs de suivi. Le code de l'action sociale et des familles prévoit, pour le suivi de l'allocation de moyens et une meilleure procédure budgétaire, que les services renseignent une série d'indicateurs physico-financiers. En pratique, cette recommandation reste lettre morte. Il a été noté durant les auditions, autant de la part des représentants de fédérations de services que de certains conseils généraux, un besoin de réactualisation de ces indicateurs de suivi budgétaire, pour définir un référentiel commun de nouveaux indicateurs permettant d'optimiser le principe de la contractualisation, l'allocation de moyens autour de normes organisationnelles de convergence. Il ressort d'ores et déjà de cette mission une série d'indicateurs jugés indispensables à une meilleure gestion du secteur que la mission souhaite reprendre à son compte, en les développant ou complétant :

Indicateurs relevés dans le cadre de la mission

Taille critique	Volume minimal d'activité (sous forme de fourchette)	Besoin de limiter la parcellisation de l'offre et de favoriser la mutualisation
Frais de déplacement	Part plafond des déplacements pour une heure servie au-delà de laquelle le périmètre d'intervention du service doit être revu car non rentable (temps rémunéré + frais trajet) Ou Plafonnement du nombre de km réalisés pour une heure prestée	Réponse à l'observation faite par l'IGAS et l'IGF d'une différence de 1% à 7% de la part des frais de déplacement
Taux de « couverture temporelle »	Nbre de jours prestées / 365 Nombre d'heures WE, jours fériés et nuits sur total des heures	Critère qualité permettant de mesurer l'effort du service en termes de continuité du service rendu
Frais « structure »	Part plafond du tarif horaire au-delà duquel il est nécessaire de revoir la répartition des charges	
Taux de charges de fonctionnement (convergence)	Part consacrée au fonctionnement administratif et ordinaire du service (CG 69 : <7,5 %)	Favoriser la mutualisation des fonctions supports
Ratio d'encadrement (plafonnement)	détermination, sur la base d'un volume horaire, de l'équivalent en ETP d'encadrement intermédiaire (ex. 1 ETP pour 30 000 heures servies)	Prise en compte pour la qualité du service rendu de la spécificité de ce type de personnel
Taux de personnel administratif	1 ETP pour 12 000 heures (direction, comptabilité, administration, agent d'accueil...)	
Taux d'heures improductives minimal	Ratio heures effectuées sur heures rémunérées	
Taux de facturation	Heures facturées sur heures rémunérées	Permet de mesurer la capacité des services à ne pas laisser non recouvrées des créances fragilisant leurs fonds de réserve
Normes de qualification	Taux de qualifications acceptables selon la typologie des publics servis (fourchettes selon les grandes catégories de services fournis)	Il n'a pas été trouvé de système efficace lors des auditions et cet élément pourtant essentiel demande à être retravaillé.

Tous ces indicateurs doivent faire l'objet d'une définition claire, car force est de constater que les frais structures, les déplacements ne sont pas toujours définis selon les mêmes termes.

15. La mission recommande l'élaboration de références organisationnelles communes et opposables aux services, déterminées avec l'ensemble du secteur et les conseils généraux, et des indicateurs qualité en regard pour favoriser des gestions optimales des organisations de service. Ces normes seraient susceptibles, pour tenir compte des particularités départementales, de pouvoir varier dans une certaine limite (déterminé par le conseil général).

Dans ce même ordre d'idée, il est préconisé de pousser les services qui ne pourraient pas parvenir à respecter ces normes nationales à mutualiser leurs efforts d'organisation afin de simplifier la gestion des organisations et de réfléchir à de meilleures coordinations entre services des personnels, des plannings d'intervention.

Pour ce faire, plusieurs moyens peuvent être étudiés, comme vu supra, mais si le groupement de coopération sociale et médico-sociale était la forme juridique retenue pour prester les services (sans que les SAD ne se limitent seulement à une convention de groupement autour de la mutualisation des moyens supports), elle devrait être encouragée par la modification des dispositions législatives relatives aux exonérations de charges patronales de sécurité sociale des intervenants auprès de publics fragiles. Ces dernières sont prévues au III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale. En effet, celui-ci liste de façon précise les organismes qui, servant des prestations auprès des publics fragiles, peuvent bénéficier de ces exonérations. Les GCSMS ne pas sont visés, alors même qu'ils peuvent être agréés (article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles), sans qu'il y ait d'incitation à cet agrément.

L'intérêt d'une mutualisation plus large, aux interventions faites auprès des bénéficiaires de service en permettant l'exonération de charges des personnels, est de redéfinir les territoires de prestations des services pour mieux les optimiser, notamment en zones rurales.

16. C'est pourquoi la mission préconise que le III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale soit modifié afin de permettre au GCSMS de bénéficier de l'exonération de charges pour les intervenants au domicile des publics fragiles afin de favoriser le principe de mutualisation des structures.

2.3.3.b.3. Le principe de la tarification horaire est maintenu, tout en répondant mieux aux besoins des bénéficiaires de services les plus fragiles

➔ Le modèle de tarification proposée par la mission

En raison de l'activité même des services d'aide à domicile, de la gestion des plans de compensation (APA, PCH), il paraît peu opportun, à la suite de auditions menées avec les services des conseils généraux comme avec les services d'aide à domicile rencontrés sur le terrain, d'abandonner le principe de la tarification horaire. Elle est jugée contradictoire avec le principe d'individualisation du plan d'aide APA, entraîne une opacité pour les personnes aidées de ce qui doit leur être versé. Accompagnée du principe de forfaitisation des moyens alloués, elle est considérée plus opaque en termes de contrôle des prestations par les services et des coûts qui y sont associés.

C'est pourquoi il est préconisé de demeurer sur un principe horaire qui soit modulé selon le service rendu par le service d'aide à domicile. En raison des délais contraints dans lesquels la mission devait remettre ses propositions à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, la démonstration s'appliquera à envisager la plus grosse part de l'activité déployée, mais également au vu des auditions celle qui suscite le plus de difficultés, c'est-à-dire la tarification des prestations qui sont servies aux domiciles des personnes âgées. Il doit être souligné également, au même titre que cela l'a été pour les propositions de tarification de l'ADF-collectif des 14 et de l'IGAS-IGF, que ces propositions ne sont pour l'heure pas « testées » car aucun référentiel de coûts au regard des prestations délivrées par les services n'existe. Or, cette étude est la seule qui puisse objectiver la pertinence de toutes les propositions d'ores et déjà présentes dans le débat public.

Il s'agit d'une proposition qui serait une approche mixte entre la proposition de l'IGAS et de l'IGF et celle de l'ADF – collectif du 14 : une tarification horaire fixée sur la base d'activités de services rendus différenciées et valorisées selon cette distinction. En effet, si la solution de double tarification proposée par l'IGAS et l'IGF apparaît la plus simple, et la plus plébiscitée par les conseils généraux rencontrés, il n'en demeure pas moins qu'elle est relativement proche du modèle actuelle de tarification qui, même s'il est basé sur la qualification, recoupe assez bien les tarifs déterminés entre « auxiliaire de vie sociale » et « aide à domicile ».

Le principe de la tarification proposée par la présente mission consiste à analyser dans le cadre du référentiel de prestations-coûts, qui devra être réalisé durant le premier semestre 2012, les prestations-types qui sont délivrées au domicile même du bénéficiaire de l'aide, de les distinguer des missions qui sont plus lourdes à délivrer pour les services d'aide à domicile, en raison de fragilités diverses ou difficultés liées à certaines modalités de prise en charge des personnes aidées.

Il s'agit ainsi de distinguer la tarification en découpant l'activité du service auprès des personnes :

1 – Une valorisation commune d'un panier-type de prestations de services serait appliquée pour tous les SAAD – qu'ils soient agréés ou autorisés - et servirait de référence de compensation de la prestation d'aide à domicile auprès des bénéficiaires de l'APA.

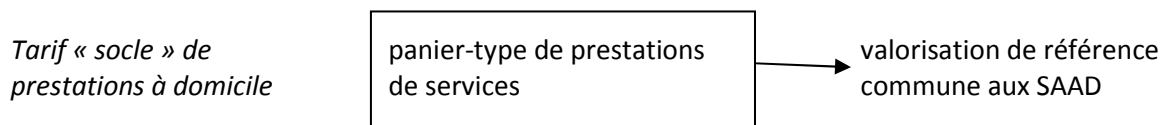
Il s'agirait de déterminer un socle commun de services rendus aux bénéficiaires de l'APA sur la base de la préoccupation suivante : quel est, une fois au domicile de la personne, le panier moyen type de prestations fournies par les services d'aide et d'accompagnement à domicile auprès des personnes accompagnées ?

Dans ce cadre il s'agira de regarder, ce qui n'a pas été encore réalisé à niveau national à la connaissance de la mission, si les interventions réalisées auprès des bénéficiaires de l'APA sont fondamentalement différentes en termes d'activités, selon les publics par exemple, ou s'il s'agit d'activités relativement similaires mais qui sont réalisées de façon beaucoup plus régulières pour les personnes les plus dépendantes. Plus globalement, le même raisonnement peut être étendu aux prestations à domicile réalisées auprès des personnes handicapées.

En regard de ce panier de prestations, devront être analysées les conditions de réalisation de ces activités et la décomposition des coûts à associer à cette prestation de référence : niveaux de qualifications de personnels d'intervention (fourchette), part moyenne de d'encadrement (fourchette), de dépenses de fonctionnement (fourchette).

Cette prestation doit donner lieu à une valorisation horaire équivalente quel que soit le prestataire retenu par le bénéficiaire de service. Il représenterait un tarif de référence de base pour les autorisés.

Cette référence horaire devrait permettre de valoriser les plans d'aide APA de référence, qu'il s'agisse des services autorisés ou des services agréés et servir de base de calcul du ticket modérateur de l'usager. Ainsi la question du reste à charge variable en fonction du tarif et laissé à l'usager au titre de sa participation au plan d'aide se trouve neutralisée.



2 – Un complément de tarification, versé aux services avec obligation de contractualisation, qui permette de remplir des missions qui vont au-delà du tarif de référence et qui peuvent être considérées comme des compléments de financements dus à la difficulté du service à rendre.

Les déplacements réalisés dans différents départements conduisent au constat suivant : confier à la seule régulation par l'offre et la demande la couverture par l'offre des besoins n'est pas pertinent car il ne permet pas, même dans une situation d'égalité parfaite des structures en valorisation horaire de l'APA (cas des Yvelines), de répondre aux besoins des personnes les plus fragiles, essentiellement les zones suivantes :

- les zones rurales ou semi-rurales qui entraînent des surcoûts de services en raison des déplacements et des temps d'intervention importants ;
- les zones urbaines dont les revenus des personnes sont faibles et qui ne permettent pas de prendre un reste à charge sur l'heure de service rendue ;
- les plus grands cas de fragilité qui nécessitent un surcoût et qui ne sont pas pris en charge en raison de la modalité forfaitaire de tarification (même si le volume horaire consacré est important), etc...

Au vu de ces difficultés, la mission n'est pas favorable à la mise en place d'un tarif de référence unique qui ne valoriserait pas les spécificités de service rendu en cas de « fragilité particulière de la personne » et qui alourdit les charges de service.

Elle n'est pas davantage favorable à l'application, pour les agréés, quelle que soit l'offre de prestations qu'ils proposent et le reste à charge que supporte l'utilisateur, de fixer le tarif de référence APA sur la base de la moyenne des tarifs autorisés. Cette disposition qui peut apparaître, de prime abord, comme une solution de justice et assurant la non discrimination des services agréés, est en réalité une discrimination faite à l'encontre des autorisés cette fois, en l'occurrence ceux des autorisés qui sont en dessous des tarifs moyens. Ces derniers, contrairement aux services agréés, ne se trouvent pas dans un système de liberté tarifaire leur permettant de fixer librement le prix de la prestation, indépendamment de la contribution au paiement de ce prix de financements publics, voire peuvent avoir des contraintes fortes imposées par le conseil général, autorité de tarification.

Aussi, il est préférable d'établir un tarif de référence (ou fourchette à déterminer pour laisser de la souplesse aux conseils généraux), dont le suivi est assuré nationalement par la CNSA, auquel est ajouté un tarif qui serait une prime à la prise en charge de situations de fragilité. Dans ce second cadre, ces missions de couverture de publics fragilisés doivent être compensées par des financements supplémentaires. Le principe de ces missions supplémentaires doit être contractualisé avec l'autorité en charge de l'adéquation entre offre et demande sur le champ des publics fragiles, c'est-à-dire le président du conseil général. Même si la contractualisation peut avoir lieu avec les services agréés, sous conditions d'entente entre le service et le président du conseil général sur un prix opposable au bénéficiaire par exemple, cette modalité de financement devrait naturellement s'inscrire dans le cadre de la procédure d'appel à projet. En outre, elle s'accorde bien avec la contractualisation pluriannuelle qui accompagne la tarification des services autorisés ou, puisqu'il s'agit de confier des missions d'intérêt général à des services pour pouvoir répondre aux besoins des usagers les plus fragiles en échange d'un niveau de financement complémentaire octroyé par la puissance publique.

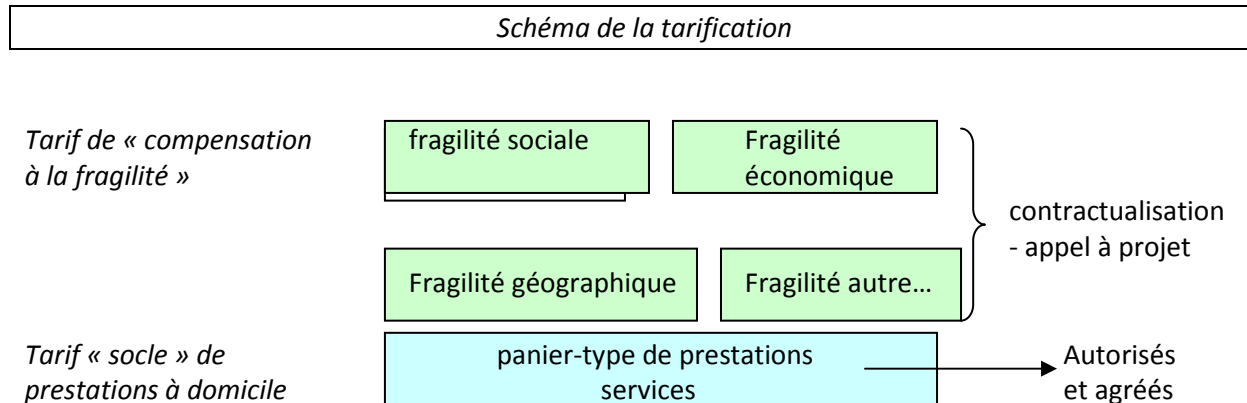
A l'instar de ce qui aura été réalisé dans le cadre de la détermination d'un tarif de référence, l'analyse nationale des coûts et prestations devra mettre en exergue les situations de fragilité particulière qui entraînent un surcoût de prise en charge du bénéficiaire des prestations de maintien à domicile par le service. Certains éléments semblent émerger des auditions réalisées avec l'ensemble des institutions et acteurs du secteur :

- fragilité géographique : isolement géographique ;
- fragilité sociale : isolement social entendu comme aidant non présent (car pas d'aidant ou aidant ne pouvant pas prendre en charge la personne) ;
- fragilité économique
- autres (pour exemple « obligation de continuité de service »), à définir...

Pour que ces primes de service rendu dans des situations de fragilité ne soient pas synonymes de mauvaises allocations de moyens, il y est associé les indicateurs de performance correspondant (par exemple pour l'indicateur associé au surcoût de fragilité géographique, un plafond kilométrique sur

la base d'une heure effectivement réalisée au domicile pour que les services soient incités à mettre en place une sectorisation de la prestation de service efficiente).

Ces éléments ne sont que quelques pistes évoquées durant les auditions méritant une validation par le référentiel national « coûts-prestations ». La notion de fragilité (dans toutes ses composantes) devra faire l'objet d'une définition nationale faisant consensus.



Une fois déterminés les coûts de ces paniers de prestations (suivis dans le cadre d'un outil dédié), il serait souhaitable, pour ne pas rigidifier le système de laisser une marge d'appréciation aux conseils généraux, une sorte de fourchette autour de la référence nationale pour qu'ils soient en mesure de caler leur référence départementale.

Selon ce principe de tarification, le principe de l'agrément peut être maintenu, même si la contractualisation de la fragilité semble naturellement plus profitable dans le cadre d'une procédure d'appel à projet ou une contractualisation de tarification (associée à une situation de mandatement).

A cette modalité de tarification devra être associée une réflexion sur le tarif « caisses », notamment pour déterminer, dans le cadre de l'étude nationale des « coûts-prestations », à quelle hauteur de prise en charge il peut être en compte (cf. sur ce sujet supra).

17.18.19.20.21.22.23. La mission préconise le maintien de la tarification horaire. Sur la base de l'étude « prestations-coûts » réalisée par la CNSA et la DGCS à niveau national, déterminer deux modalités d'allocations de moyens :

- un tarif de référence « socle » associé à un panier de prestations de services types qui permette de valoriser le plan d'aide APA quel que soit le service retenu par l'utilisateur ;
- un complément de financement pour les missions de service public consistant compenser les charges liées à la prise en charge de situations de fragilité (sociale, géographique...).

Le ticket modérateur APA est calculé sur le tarif socle de référence.
Le suivi de ces références horaires est assuré, sur la base d'un référentiel de coûts, par la CNSA.

➔ Procédure budgétaire recommandée : préférer un système de financement direct des services autorisés au sein de la contractualisation

Dans le cadre de cette tarification, la procédure budgétaire des services autorisés et tarifés doit être la plus stratégique possible. C'est pourquoi, la mission propose qu'elle soit réalisée de la façon suivante :

- En premier lieu, qu'elle soit systématiquement associée à une contractualisation entre président du conseil général et le service. Cette contractualisation doit être pluriannuelle et faire l'objet d'un

accord sur le projet de service, les populations accueillies, le territoire couvert auxquels sont associés les montants de la tarification (en plus des objectifs déterminés par le service et le conseil général dans le cadre contractuel et en plus des indicateurs de référence et de convergence tels qu'envisagés supra).

- Dans le cadre de cette tarification, il est recommandé, sur la base d'un volume d'activité estimé dans le cadre du contrat de financement, de verser une dotation correspondante par douzième, non pas à terme échu, mais à terme à échoir. Ainsi cette modalité de versement permet-elle d'éviter que les services n'aient une gestion de trésorerie trop lourde en regard des prestations qu'ils délivrent. Une question reste cependant à approfondir s'agissant des modalités de versement de la participation des usagers au titre du ticket modérateur de l'APA. Enfin, afin que ce système ne soit pas générateur d'effets pervers, le contrôle doit en être la base, avec un outil de télégestion permettant un contrôle d'effectivité des prestations servies par le conseil général. Un bilan à mi-année de la consommation de l'enveloppe au regard du service effectué est conseillé.

L'outil de télégestion, entendu par le service d'aide à domicile comme un outil stratégique de pilotage de son activité, doit lui permettre d'ajuster sa file active au regard de la dotation qu'il a contractualisée (principes d'alertes de gestion en cas de sous-consommation ou surconsommation au regard de l'activité déployée). Quant au conseil général, un outil de télégestion performant lui permet de suivre, quasiment en temps réel, l'effectivité de la mise en œuvre du plan d'aide et le respect des prescriptions de base (pour exemple, les jours et nombre de passages). Elle est de plus source d'économie (les conseils généraux évoquent une économie potentielle d'environ 10%) et d'efficience de gestion de l'enveloppe.

En cas de versement indu au regard de l'activité fournie (mauvaise adéquation du projet de service à l'allocation de ressources), la régularisation se ferait, au vu des comptes en N+1 (avril), et répercuter sur les financements à allouer au service. En cas d'excédents ou de déficits, ceux-ci ne seraient pas repris par les autorités de tarification ou seulement dans un pourcentage fixé par le conseil général¹⁵.

24. La mission recommande un financement direct des structures autorisées et tarifées grâce à une dotation allouée par 12^{ème}, à terme à échoir, sur la base d'une contractualisation pluriannuelle.

25. 26. Il est indispensable, pour les activités d'APA, de PCH, de généraliser le principe de la télégestion afin de vérifier l'effectivité des prestations et l'adéquation de l'allocation de ressources. La mission en recommande la généralisation et incite la CNSA, dans le cadre de la gestion de ses crédits de la section IV (modernisation de l'aide à domicile) d'en faire un axe stratégique de politique publique qu'elle devra conduire, avec le ministère de la cohésion sociale et des solidarités, en partenariat avec le secteur et les conseils généraux.

Sur le champ de l'agrément, aucun lien de tarification n'existant entre le service et le conseil général en matière de tarification, le versement serait fait de façon directe à l'utilisateur.

¹⁵ A ce propos, les déplacements et auditions conduits dans les départements montrent, pour ceux qui procèdent déjà à une contractualisation d'objectifs et de moyens, des pratiques différentes : une non reprise des déficits et excédents dans un certain pourcentage de la dotation ou pas de reprise quel que soit le niveau des déficits ou des excédents.

SYNTHESE DES MODALITES D'ALLOCATION DES FINANCEMENTS

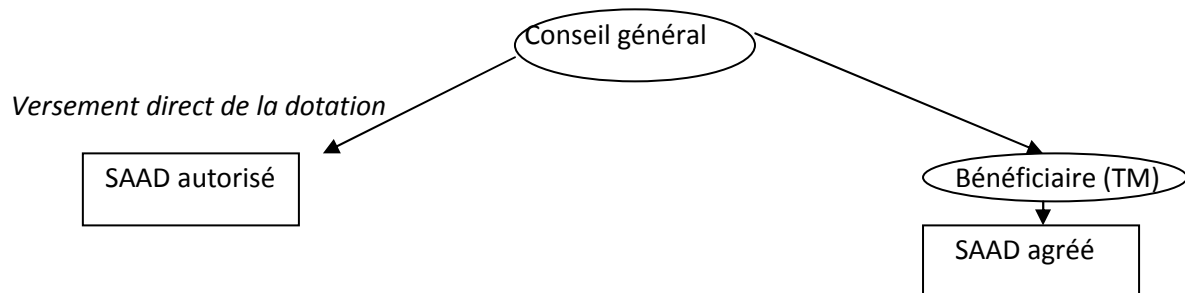
1 – Deux modalités complémentaires de détermination du niveau d'allocation de financements publics aux SAAD :

- ➔ une valorisation d'un panier-type de prestations de services servant de tarif de référence socle national (sous forme de fourchette) qui permet tout à la fois de :
 - valoriser le plan d'aide APA
 - servir de base de calcul au ticket modérateur de l'utilisateur (neutralisation de l'effet prix et tarif)
 - tarif applicable pour ce panier de prestations aux services agréés et autorisés
- ➔ une valorisation supplémentaire compensant des missions de service public plus difficiles à mener, plus coûteuses, appelée « tarif de compensation de fragilité ». Ces moyens supplémentaires entraînent une contractualisation et une modulation tarifaire à la hausse de la dotation reçue par le service.

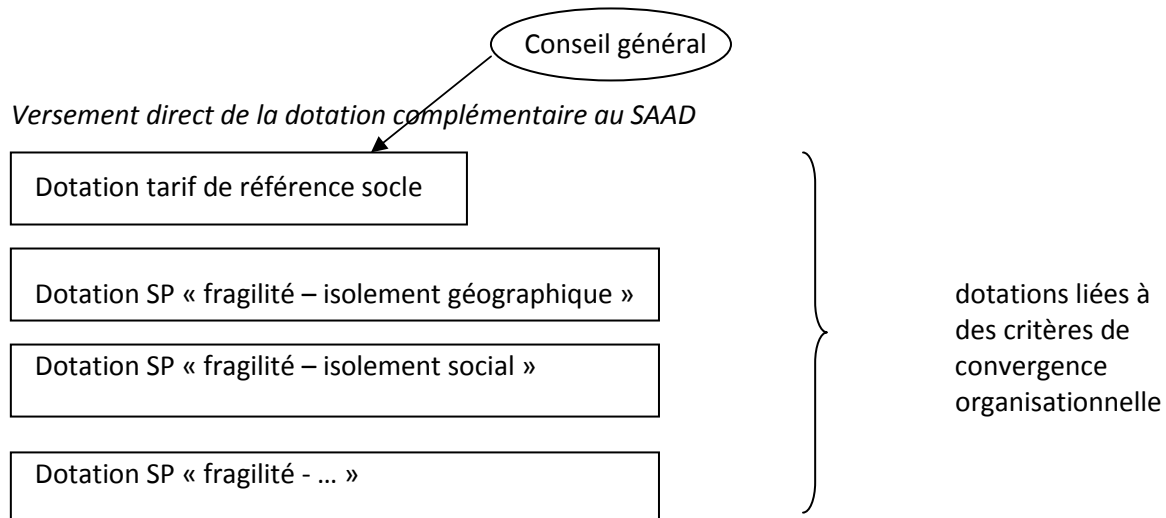
Cette contractualisation apparaît plus pertinente dans le cadre de la procédure d'appel à projet (qui a le mérite de définir les conditions de services publics rendus). Même si le conventionnement avec les services agréés n'a pas été écarté (il n'est d'ailleurs pas nécessairement de cette nature), l'autorisation devrait en être le cadre naturel.

2 – Modalités de versement des financements publics :

➔ Tarif de référence socle



➔ Compensation de service public « fragilités »



2.4.3.d. Un modèle de tarification qui, pour être efficient, doit tenir compte du problème du reste à charge à domicile : quel niveau de tarification à octroyer aux services pour quel volume de plan d'aide et quelle participation des usagers ?

Tenir compte des besoins des usagers les plus fragiles à domicile nécessite de réfléchir à la composition horaire des plans d'aide, car les plus fragiles sont ceux qui auront la tarification la plus élevée, et donc potentiellement le reste à charge le plus fort. De la même façon, augmenter le tarif sur le coût de revient réel du service – solution couramment proposée – peut avoir des conséquences indésirables en termes de reste à charge ou de stratégie individuelle de non consommation du plan d'aide.

S'agissant d'une meilleure réponse à apporter aux besoins des usagers, le dé plafonnement des plans d'aide pour les plus fragiles, rendu nécessaire soit par une hausse tarifaire et/ou un besoin conséquent d'aide pour le bénéficiaire (notamment pour les plus fragiles), peut avoir les mêmes effets indésirables, même si de prime abord cette mesure semble de bonne administration.

Plus précisément, dans le cas de la proposition de réforme qui est envisagée, la question de la tarification est à relier à la question du reste à charge pour le bénéficiaire de service (participation financière de l'utilisateur à la compensation de son plan d'accompagnement). Ainsi proposer des nouvelles règles tarifaires, qui puissent être structurellement viables économiquement pour les services, a un impact sur les modalités de compensation faite par les financements publics et les conditions de participation de l'utilisateur.

➔ L'augmentation de tarifs : des effets pervers en termes de réponses aux besoins des usagers

Une solution qui peut apparaître sensée de prime abord peut en réalité être préjudiciable en termes de réponse aux besoins des usagers. C'est une solution qui a souvent été évoquée durant les auditions. Dans le tableau ci-dessous, la démonstration permet de visualiser, dans le cas d'un plan d'aide saturé, l'effet en termes de réponse horaire aux besoins de l'utilisateur. Une augmentation du tarif pourrait a priori répondre aux besoins financiers des services, mais en dégradant considérablement le plan d'aide du bénéficiaire :

Tarif de l'heure d'intervention	Nombre d'heures servies en fonction du tarif du SAD selon le niveau de GIR du bénéficiaire (référence : plafond d'aide par GIR)			
	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
18,80 €	67	58	43	29
19,00 €	66	57	43	28
19,50 €	65	55	42	28
20,00 €	63	54	41	27
20,50 €	62	53	40	26
21,00 €	60	51	39	26
21,50 €	59	50	38	25
22,00 €	57	49	37	25

Le tableau montre que la perte de pouvoir d'achat en volume horaire du bénéficiaire baisse de façon importante dès lors que le tarif horaire du service est augmenté. Si l'on ajoute à ce constat le fait que les personnes les plus dépendantes, les plus isolées socialement (donc les plus fragiles) ont tendance à saturer plus vite leur plan d'aide, comme le montrent les données de 2007 de la DREES reportées dans le tableau ci-dessous, cette solution s'apparente à une moindre couverture des besoins des usagers les plus fragilisés.

Part des bénéficiaires de l'APA à domicile ayant un plan d'aide saturé selon le GIR et la situation matrimoniale

Niveau de GIR	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
% de personnes ayant saturé le plan d'aide	44%	36%	30%	21%
% de personnes ayant saturé le plan d'aide si non marié(e)	47%	42%	34%	23%

Etudes et résultats, DREES, février 2011.

Dans le cadre du modèle de tarification proposé, les tarifs les plus élevés sont associés aux cas les plus fragiles, ce qui peut avoir les effets suivants en termes de réponse aux besoins des usagers :

- 1- une saturation des plans d'aide encore plus importante ou une baisse du pouvoir d'achat en volume horaires de services pour le bénéficiaire ;
- 2- une autocensure du bénéficiaire qui préfère sous-consommer son plan d'aide en raison d'une augmentation de sa participation financière qu'il juge alors trop importante au regard ses revenus ;
- 3- un passage « subi » ou sous contraintes, parce que moins coûteux, à l'emploi direct alors même que l'on se trouve dans le cas des publics les plus fragiles¹⁶.

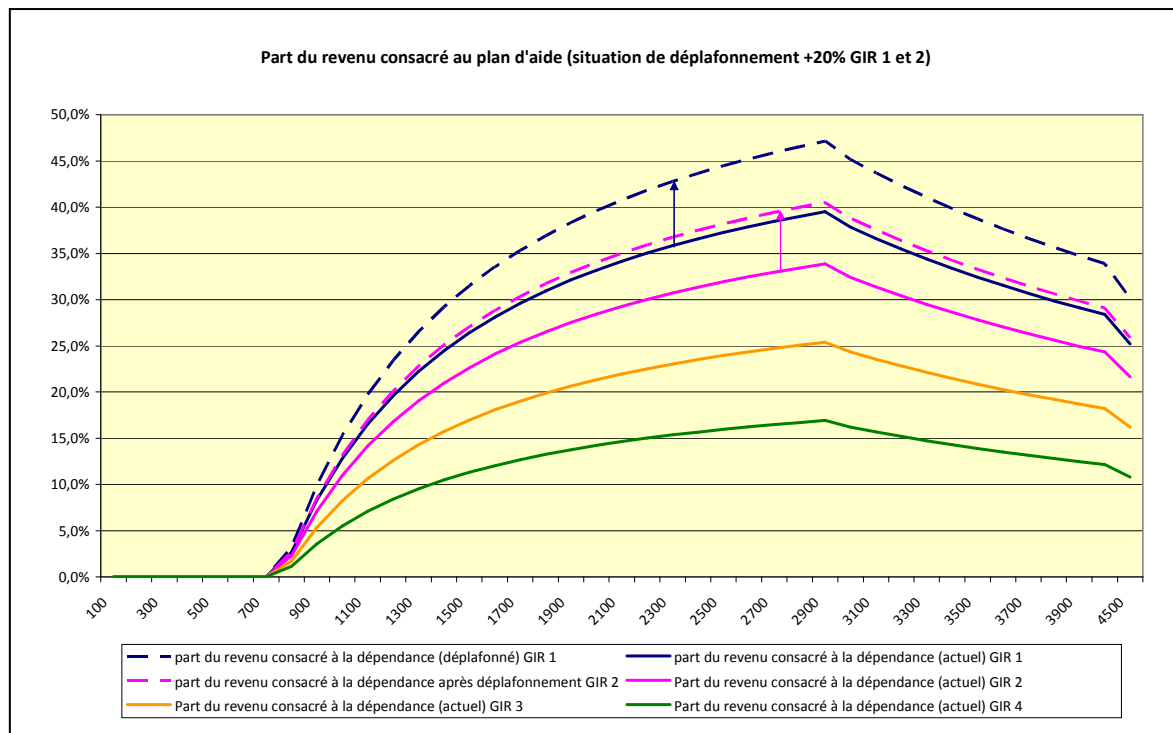
C'est pourquoi la mission choisit de calculer le ticket modérateur APA sur la base du tarif de référence socle et d'exclure de la base de calcul les compensations financières liées à la fragilité (missions de service public). Ce choix permet de neutraliser l'effet tarif sur le montant de la participation de l'utilisateur à son plan d'aide, tout en permettant au principe du libre choix d'être assuré. Les publics les plus fragiles se trouvent néanmoins protégés. Toutefois, pour que les conseils généraux ne soient pas perdants, un chiffrage précis des compensations financières à apporter aux conseils généraux devra être réalisé.

➔ Répondre aux besoins des usagers, dans les cas des publics les plus fragiles, pourrait consister à dé plafonner les plans d'aide des personnes les plus fragiles (les plus dépendants, voire les plus isolées)

Dans le cas de plans d'aide saturé, une solution pour mieux répondre aux besoins des usagers pourrait consister dans le dé plafonnement des plans d'aide (44% sont d'ores et déjà saturés en GIR 1 et 36% en GIR 2).

Toutefois, le dé plafonnement entraîne une hausse de la participation de l'utilisateur qui peut apparaître infranchissable comme le montre le graphique ci-dessous :

¹⁶ Même si l'étude porte sur des éléments anciens (2004), la DREES démontre que le recours à l'emploi direct est plus élevé dans le cas des GIR les plus lourds, comparativement à des personnes moins dépendantes.



Ce graphique présente la part de revenus que les bénéficiaires consacrent à leur plan d'aide en termes de participation dans le cas où celui-ci est saturé.

En premier lieu, ce graphique tend à montrer que plus la personne est dépendante, plus l'effet « volume » du plan d'aide impacte la part du revenu consacrée à la compensation de sa perte d'autonomie. Ce principe est atténué par la déduction fiscale, mais celle-ci n'a lieu qu'en N+1 par rapport aux sommes dues au titre de la participation financière, ce qui conserve en N un fort potentiel d'effet d'éviction. Les classes moyennes, quant à elles, sont directement impactées par cette participation. L'effet du déplafonnement (qui permettrait soit d'augmenter les tarifs, soit d'augmenter le volume horaire des plans d'aide ou les deux à la fois), ici calibré à +20%, montre l'impact en termes de part de revenus consacrée à la compensation de la dépendance. L'effet d'éviction risque d'être encore plus massif.

27. Aussi, la mission préconise que le principe du ticket modérateur de l'APA soit réévalué au regard de ce qui est proposé en termes de tarification, afin de réduire l'écart d'effort en termes de part de revenus consacré à la prise en charge de la dépendance entre les GIR 1 et les GIR 4.

Cette solution suppose de réduire la participation (ticket modérateur) des bénéficiaires les plus dépendants (GIR 1 et 2). Étant donné les délais, la mission n'a pas eu le temps de procéder à une évaluation financière globale de ces solutions techniques, sujet qui, de plus, devrait être traité dans le cadre d'une réflexion plus globale sur la prise en charge de la dépendance.

Cependant, si le coût s'avérait insoutenable pour les finances publiques au sens large (Etat et conseils généraux), il serait souhaitable d'évaluer la possibilité, dans le même temps, de faire baisser la participation des GIR 1 et 2 tout en augmentant la participation des GIR 4. Il faut néanmoins veiller, en parallèle, à ne pas créer d'effet d'éviction sur les GIR 4 en termes de prévention d'entrée dans une dépendance plus forte et donc plus coûteuse. Une solution alternative consisterait, pour ne pas nuire à la prévention de ces bénéficiaires, de les orienter de façon privilégiée et dans le cas où leurs plans ne nécessitent pas une coordination majeure, vers des modes de prestations mandataires. Une réflexion autour d'un mandat renouvelé pourrait à cette occasion être utilement travaillée.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DU RAPPORT

N°	Propositions	Modalités de mise en œuvre	Coûts potentiels (P= pérenne; NP= non pérenne)	Institution en charge de sa mise en œuvre
Mesures d'urgence				
1	Fonds de restructuration	PLF 2012 - 2013	50 M€ (NP)	Fait 2012
1.1	Gestion du fonds de restructuration par le directeur général de l'ARS	Niveau législatif		Application DGCS - CNSA
1.2	Obligation de prévoir des conventions de financement et de retour à l'équilibre dans le cadre du fonds de restructuration	Niveau législatif		Application DGCS - CNSA
2	Prévoir la base législative pour les expérimentations de tarification	PLF 2012 (rattaché au fonds de restructuration)	-	fait
3	Prévoir un bilan de ces expérimentations et remise d'un rapport au gouvernement	PLF 2012 (rattaché au fonds de restructuration)	-	
4	Exonérations de charges pour les intervenants familles fragiles	PLFSS 2012	25 M€ en année pleine (P)	Fait
5	Exonérations de charges pour les personnels administratifs et encadrements (tous services confondus)	PLFSS		Sécurité sociale et cohésion sociale
Mesures de gouvernance du secteur : améliorer l'efficacité du secteur				
6	Recentrer la procédure d'agrément pour les publics relevant du droit d'option sur le champ social et médico-social : rendre l'ARS autorité d'agrément tout en assurant le libre choix du prestataire au bénéficiaire de service.	Niveau législatif		-
7	Confier à la DGCS la réalisation d'un cahier des charges pour les services autorisés en même temps que seront réalisées les études de modèles de tarification.	Niveau réglementaire		DGCS
8	Développer les modalités de coordination et de mutualisation entre services pour mieux coordonner les services autour des personnes aidées			
8.1	Confier à la DGCS la mission de réaliser un bilan des pratiques innovantes ou des expérimentations en cours pour favoriser le développement de plateformes de services (guide de bonnes pratiques organisationnelles)	Etudes et recensement de bonnes pratiques		DGCS
8.2	La recherche d'une meilleure coordination des services doit passer par le bilan de dispositifs déjà existants en la matière comme les SPASAD.	Bilan et propositions d'améliorations du dispositif		DGCS-CNSA

8.3	Favoriser l'intégration dans les réseaux des services d'aide à domicile (intéressement financier).			DGCS
9	Favoriser le développement d'outils communs permettant d'améliorer la qualité du service rendu aux bénéficiaires des aides.			
9.1	Rendre obligatoire le projet de service prévu à l'article L. 311-8 du CASF pour les services d'aide agréés	Niveau législatif		DGCS-DGCIS
9.2	Elaborer à l'attention des conseils généraux des outils permettant de mieux articuler les plans d'aide (APA) et les plans d'accompagnement individuels réalisés par les services (fiche de liaison)	Bonnes pratiques		CNSA-DGCS-conseils généraux
9.3	Confier à la CNSA une étude permettant d'évaluer la mise en œuvre des plans d'accompagnement élaborés par les services et les plans d'aide APA formalisés par les équipes médico-sociales.	Etude pour bonnes pratiques		CNSA
Mesures de tarification et réformes de tarification				
10	S'agissant des activités "caisses de retraite", dès lors que le tarif correspondant à cette seule activité est supérieur au montant de participation CNAV, il doit être possible de prévoir un reste à charge. Dans ce cas, la CARSAT concernée doit être associée à une convention fixant les conditions de ce dépassement.			DGCS-CNAV
11	Réaliser, en préalable à toute mise en place d'une nouvelle réforme, une étude de coûts en regard des prestations de services rendus (variables explicatives de la variation des coûts, détermination de paniers de services de référence)	année 2012 (préparatoire aux expérimentations)	0,3 M€ (NP)	Pilotage = DGCS - CNSA
12	Mettre en place sur la base de l'étude de coûts - prestations un référentiel national de suivi des coûts et de l'activité des services	-	non estimé	CNSA
13	Rendre systématique le principe de contractualisation pluriannuelle entre les conseils généraux et les services d'aide à domicile autorisés sur la base d'objectifs de service public à rendre et de moyens financiers à mettre en regard. Les objectifs doivent également intégrer des objectifs d'amélioration de l'efficacité de l'organisation.			DGCS
14	Favoriser le conventionnement entre conseils généraux et services relevant de l'agrément : dans ce cadre prévoir la possibilité de fixer par voie conventionnelle un tarif responsabilité que le service s'engage à rendre opposable à l'utilisateur du service.	Niveau législatif		DGCS - DGCIS

15	Déterminer des références et normes communes en matière organisationnelle pour construire des indicateurs de qualité et d'efficacité qui serviront de suivi des conventions pluriannuelles de financement.	Niveau décret		DGCS- CNSA-SAAD
16	Afin de favoriser des organisations efficaces, notamment par la mutualisation des moyens, permettre aux GCSMS d'être exonérés de charges patronales de sécurité sociale au même titre que les autres organismes définis à l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale	Niveau législatif	sans impact	DSS
17	La mission préconise le maintien de la tarification horaire.			
18	Sur la base de l'étude "prestations-coûts" réalisée par la DGCS et la CNSA, déterminer un tarif de référence de base associé à un panier de services type de prestations réalisées auprès des bénéficiaires de l'APA (voir activités similaires pour les personnes handicapées).	Etude DGCS et CNSA		DGCS - CNSA
18.1	Ce tarif "socle" doit servir de référence horaire à tous les services pour les prestations APA de base (SAD autorisés et agréés) et de base au calcul du ticket modérateur APA.	Niveau législatif pour l'inscription du principe		DGCS
19	A ce tarif socle sont associées des références organisationnelles établies avec les SAAD et les conseils généraux afin de normaliser l'activité des services (critères d'efficacité et niveau de tarification associée).			DGCS - CNSA - conseils généraux et SAAD
20	Un complément de financement doit être déterminé pour compenser les missions plus complexes à mener	Etude DGCS et CNSA pour déterminer ces missions et son coût		DGCS - CNSA
21	Un tarif de compensation à la fragilité (sociale, économique, géographique...) permet de compenser les missions spécifiques et contractualisées entre services et conseils généraux	Niveaux législatif pour l'inscription du principe et réglementaire		DGCS
22	Ce financement supplémentaire est réalisé sur la base de références nationales (fourchettes) et rend obligatoire la contractualisation des financements entre conseils généraux et services	Niveaux législatif et réglementaire		DGCS
23	Le suivi de ces paniers de prestations différenciés, des coûts associés et de leurs tarifs est assuré par la CNSA dans le cadre de son référentiel national de coûts			CNSA
24	Dans le cadre de ces contractualisations, le financement est réalisé par douzième, à terme à échoir	Niveau réglementaire		DGCS
25	Pour le contrôle et l'ajustement des dotations allouées, les conseils généraux et les services doivent être inscrits de façon systématique dans un outil de télégestion			CNSA (crédits section IV) et conseils généraux

				SAAD pour mise en œuvre
26	Un axe stratégique prioritaire devrait être conduit par la CNSA dans l'utilisation des crédits de la section IV pour généraliser la télégestion			CNSA
27	Dans le cadre d'une réflexion sur la prise en charge de la dépendance, réévaluer le ticket modérateur de l'APA afin de réduire l'effort de participation en termes de part de revenus consacré à la prise en charge de la dépendance entre les GIR 1 et les GIR 4.	Niveau réglementaire	non estimé	DGCS