



Inspection générale
des affaires sociales

Evaluation des expérimentations
relatives à la tarification des services d'aide et
d'accompagnement à domicile (SAAD)

RAPPORT

Établi par

Christine BRANCHU

Vincent JAOUEN

Pierre NAVES

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Avril 2015 -

2014-130R

SYNTHESE

- [1] Au cours de ces dernières années, de nombreux travaux ont été réalisés sur le secteur de l'aide à domicile et son économie pour tenter d'apporter des réponses aux difficultés financières auxquelles les services d'aide à domicile (SAAD) sont confrontés. Parallèlement à ces réflexions, des financements ont été mis en place pour moderniser le secteur avec des crédits figurant à la section IV du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et, plus récemment, pour palier ces sévères difficultés avec une dotation de restructuration exceptionnelle¹.
- [2] L'évaluation des expérimentations de tarification autorisées par la loi de finances pour 2012 et dont les conditions ont été précisées par l'arrêté du 30 août 2012, confiée à l'Inspection générale des affaires sociales, s'inscrit dans ce contexte complexe. S'y ajoute l'actualité législative avec la discussion qui n'est pas achevée du projet de loi ASV et dont les articles relatifs aux SAAD ont fait l'objet d'amendements.
- [3] Des différents travaux conduits dès 2010, deux nouveaux projets de modèles économiques ont émergé. Le premier est a été porté conjointement par l'Assemblée des départements de France (ADF) et des fédérations d'aide à domicile². Il s'appuie sur un financement des SAAD via une enveloppe globale et la mise en place d'une forfaitisation de la participation de l'utilisateur.
- [4] Parallèlement à ces travaux, Mme Bérengère POLETTI, députée, a remis en janvier 2012 à la demande de la Ministre de la Santé et des affaires sociales, un rapport en partie sur les recommandations d'un précédent rapport IGAS-IGF, qui préconise une tarification valorisée à l'heure. Selon ce modèle, un panier type de prestations de base, associé à un tarif national, permettrait de valoriser les plans d'aide et de calculer le montant du ticket modérateur, quelle que soit la nature du service intervenant, autorisé ou agréé. Les ressources des SAAD pourraient être abondées via des dotations complémentaires dans le cadre de contrats d'objectifs de missions de service public signés avec le conseil départemental.
- [5] L'arrêté du 30 août 2012, modifié le 6 janvier 2014³, a fixé le cahier des charges des expérimentations relatives aux modalités de tarification des SAAD en ce qui concerne l'APA (pour les personnes âgées), ainsi que la PCH (pour les personnes handicapées). Avec six articles et quatre annexes, l'arrêté introduit deux schémas d'expérimentation l'un sur la base d'un financement des SAAD sur dotations globales (annexes 2 et 2bis), l'autre sur la base d'un tarif de prestations sociales complété, le cas échéant, par des dotations pour la réalisation de missions de service public (annexe 3).
- [6] Les 14 départements qui ont choisi d'entrer totalement ou en partie en expérimentation, ont traduit ce choix par la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), qui définit les modalités de financement des SAAD ainsi que les objectifs à atteindre. L'expérimentation permet d'articuler au mieux les outils déjà existants, ainsi que ceux introduits par l'arrêté, notamment relatifs au mode de tarification et à la solvabilisation des usagers.

¹ La « dotation de restructuration exceptionnelle » a été inscrite au I de l'article 150 de la loi de finances pour 2012 ; elle est fréquemment appelée « Fonds de restructuration ».

² UNA, ADESSADOMICILE, FNAAFP, CSF, FNAPAEF, AD-PA, Aînés Ruraux, APF, CFPSAA, Croix-Rouge française, FNADEPA, FNAQPA, Mutualité Française, UNCCAS et UNIOSS puis par le GIHP (les sigles de ces organismes sont explicités dans la table des sigles).

³ L'arrêté du 6 janvier 2014 étend l'expérimentation aux SAAD visés au 7° de l'article L.312-1 du CASF.

- [7] Une des annexes de l'arrêté du 30 août 2012 décrit les modalités de pilotage de l'expérimentation avec la mise en place d'un comité national et d'un comité local pour chaque département expérimentateur. Le comité national a joué un rôle limité ; au contraire, les comités locaux, construits autour des équipes techniques avec l'appui des élus départementaux, ont véritablement joué le rôle de chevilles ouvrières de l'expérimentation.
- [8] Préfigurateur de l'expérimentation, le Doubs a signé les premiers CPOM dès 2011 et a été, avec quelques autres départements expérimentateurs, un des référents privilégiés pour des départements intéressés par l'expérimentation.
- [9] Le calendrier a été échelonné : quatorze départements ont commencé entre 2011 et 2014, et trois pourraient débuter courant 2015. Les modalités d'expérimentation ont aussi été très diverses. Un seul département a fait le choix de l'annexe 3 ; les autres départements se référant à l'annexe 2 (ou 2 bis) sans pour autant en appliquer toutes les modalités. Les principaux choix techniques opérés⁴, portent sur :
- Le type de convention : 9 départements se sont engagés dans la signature de CPOM, les autres ont préféré d'autres types de convention afin de privilégier des engagements par étape ou concentrés sur certains objectifs précis ;
 - Les options de tarification : tous les départements engagés sur une dotation globale des SAAD s'appuient pour son calcul sur le nombre d'heures prévisionnel, l'estimation de la participation des usagers et le tarif de l'APA. Toutefois certains ont ajouté des éléments comme le niveau de dépendance moyen, les distances kilométriques entre interventions, le nombre de demi-heures ou les temps consacrés à des réunions de concertation ou de formation ;
 - Les procédures de versement et de régularisation : tous les départements ont choisi un versement par douzième ; mais celui-ci peut porter soit sur 90%, 95% voire 100% de la dotation. A ce choix s'ajoutent des différences d'approches pour ajuster l'enveloppe allouée lorsque les minima d'objectifs d'activité ou de qualité ne sont pas atteints ou au contraire si les maxima sont dépassés.
- [10] Les conseils généraux pouvaient aussi choisir un mécanisme de participation des usagers sous la forme d'un forfait calculé sur la base du plan d'aide accepté par l'utilisateur et non plus des heures effectivement réalisées. Les 10 départements qui ont expérimenté le forfait ont fait des choix de mise en œuvre, notamment en ce qui concerne la gestion des heures payées non réalisées et les modalités de suspension du forfait, par exemple, en cas d'hospitalisation.
- [11] Après avoir fait l'état des lieux des différentes modalités d'expérimentation, le rapport présente successivement les avantages et risques liés aux choix opérés pour les différentes parties prenantes. La maîtrise de la dépense publique est l'objectif principal de tous les conseils généraux, mais tous n'ont pas retenu la même approche. Ainsi, des départements ont opté pour un tarif unique pour l'utilisateur, afin d'éviter les conséquences néfastes d'une possible concurrence par les prix. De même, des départements ont privilégié la consolidation des ressources des SAAD en permettant les reprises de déficits sous condition et la conservation des excédents. De telles approches n'ont pu être mises en œuvre que dans un climat de confiance réciproque et grâce à une meilleure connaissance du fonctionnement administratif et financier des SAAD, souvent via des audits.

⁴ voir annexe 4 de ce rapport.

- [12] Pour les SAAD, l'expérimentation permet d'une part de fluidifier leur trésorerie avec des modes de financements plus adaptés à leurs échéances (principalement le paiement des salaires), et d'autre part de sécuriser leur financement annuel dans le cadre des dotations globales. Selon les modalités d'expérimentation retenues, il est également accordé davantage de souplesse aux SAAD dans la réalisation de leurs interventions au domicile. Ces divers avantages ne sont pas sans contrepartie, puisque les SAAD sont tenus à des efforts de rationalisation des coûts et de convergence des tarifs.
- [13] Pour l'usager, la principale évolution portée par l'expérimentation est la mise en place d'une forfaitisation de sa participation financière. Les départements qui ont fait ce choix ont dû, en amont de l'expérimentation, prévoir une révision des plans d'aide des bénéficiaires afin que le ticket modérateur corresponde à la prise en charge effective des besoins exprimés. La mise en place du forfait a souvent fait l'objet de notes complémentaires aux CPOM pour expliciter les modalités de suspension du paiement dans divers cas de figure rencontrés au fur et à mesure.
- [14] La mission préconise de ne pas prolonger, ces expérimentations autorisées par l'article 150 de la loi de finances pour 2012 au-delà du terme prévu, car elle estime que les nouveaux outils qui ont été déployés et testés ces dernières années ont pu montrer leur utilité ainsi que les conditions nécessaires à leur mise en place.
- [15] Pour les départements qui en feront le choix, les CPOM qui organisent un mode de solvabilisation ou de tarification issu de l'expérimentation devront contenir obligatoirement apporter deux types de précisions. La signature de ces CPOM devra s'accompagner d'une publication au niveau départemental de critères d'éligibilité et d'un calendrier prévisionnel de signature des CPOM entre le département et les SAAD éligibles. Dans le cas de CPOM organisant un paiement par forfait des usagers des SAAD, les conditions de suspension ou de report du forfait, devront être clairement présentées et respecter un cadre fixé au niveau national.
- [16] Par ailleurs, si la modernisation des SAAD via les crédits de la CNSA inclut la télégestion, il est indispensable pour la réussite des évolutions que les choix se portent sur des systèmes interopérables avec ceux du conseil départemental.
- [17] A l'occasion de cette évaluation d'une expérimentation de tarification des SAAD, l'importance d'un pilotage départemental de l'animation territoriale du maintien à domicile, avec une participation des ARS au côté des conseils départementaux est apparue décisive, avec aussi en perspective une meilleure complémentarité entre SAAD et SSIAD.

Sommaire

SYNTHESE.....	3
INTRODUCTION.....	9
Le contexte de la mission	9
Diversité des statuts et des situations des SAAD.....	10
Un environnement législatif en cours d'évolution	11
Le déroulement et la méthode de la mission.....	13
1 LA CONSTRUCTION DE L'EXPERIMENTATION	14
1.1 Une initiative venue du terrain.....	14
1.1.1 Des modalités de tarification précisément réglementées et appliquées diversement....	14
1.1.2 Les propositions de l'ADF en partenariat avec le collectif de l'aide à domicile	15
1.1.3 Les orientations proposées par le rapport de Mme Poletti.....	16
1.2 Le cadre législatif et réglementaire	16
1.2.1 L'arrêté d'expérimentation au regard des textes de loi existants	16
1.2.2 Des annexes très précises, pour fonder un nouveau modèle.....	17
1.2.3 Les outils de l'expérimentation	19
1.3 Un pilotage national complexe à mettre en œuvre.....	20
1.3.1 Une ambition partagée entre l'Etat et l'ADF	20
1.3.2 Le manque de moyens pour un suivi et une mise en œuvre partenariale	21
2 LA DIVERSITE DES SITUATIONS SELON LES DEPARTEMENTS.....	25
2.1 Au 1er janvier 2015, 14 départements expérimentateurs	25
2.1.1 Des expérimentations en nombre limité et échelonnées.....	25
2.1.2 Des expérimentations le plus souvent départementales, parfois infra-départementales.....	27
2.1.3 La diversité des situations et des analyses	28
2.2 De nombreux choix techniques, sous la responsabilité de chaque département	29
2.2.1 Des points communs avec des mises en œuvre diverses.....	30
2.2.2 Des choix différents à l'égard des usagers	35
2.3 La mise en pratique des engagements entre le conseil général et les SAAD.....	38
2.3.1 Un nouveau pilotage des dépenses du département	38
2.3.2 Les limites de ce type de pilotage	40
2.3.3 De nouveaux outils pour les SAAD	42
2.4 Les conséquences de l'expérimentation pour l'usager	44
2.4.1 Le respect du libre choix.....	44
2.4.2 La maîtrise du reste à charge : tarif de solvabilisation et tarif unique.....	44
2.4.3 Le forfait, des imperfections corrigées peu à peu	45
3 DES CHOIX A CONFIRMER	48
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	51
LETTRE DE MISSION.....	53
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES (OU AUDITIONNEES*)	55
ANNEXE 1 : LES EXPRESSIONS UTILISEES DANS LES PARAGRAPHERS DE L'ANNEXE 2 DE L'ARRETE DU 30 AOUT 2012 (PRESENTATION SOUS FORME DE TABLEAU)	65
ANNEXE 2 : CARTE DES DEPARTEMENTS EXPERIMENTATEURS	69

ANNEXE 3 : DES DONNES CHIFFREES SIGNIFICATIVES SUR LES DEPARTEMENTS EXPERIMENTATEURS	71
ANNEXE 4 : MODALITES TECHNIQUES PREVUES DANS LES CONVENTIONS	73
SIGLES UTILISES.....	75
BIBLIOGRAPHIE	77
QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX DEPARTEMENTS	81

INTRODUCTION

- [18] L'IGAS a reçu de la ministre des affaires sociales et de la santé, de la secrétaire d'Etat chargée de la famille, des personnes âgées et de l'autonomie et de la secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées une mission d'évaluation des expérimentations relatives à la tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), prévues par l'article 150 de la loi de finances pour 2012.
- [19] Il lui est demandé d'évaluer ces expérimentations, « *notamment en mesurant leur impact sur les usagers et en examinant la possibilité d'une généralisation de la gestion forfaitaire des crédits de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH), dans le respect des principes d'universalité, d'équité de traitement, de continuité du service et d'accessibilité.* ».
- [20] Par note du 25 novembre 2014, Christine Branchu, Vincent Jaouen et Pierre Naves ont été missionnés par le chef de l'IGAS.

Le contexte de la mission

- [21] Afin de pouvoir évaluer les expérimentations en cours, il convient de les situer par rapport aux modalités de tarification des SAAD et dans le contexte général de l'aide à domicile tant sur le plan financier que législatif.
- [22] Depuis 2010, plusieurs rapports⁵ ont mis en lumière les difficultés que rencontre ce secteur d'activités, ses principales caractéristiques et les particularités des services qui œuvrent auprès des personnes en situation de fragilité, qu'elles bénéficient à leur domicile de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH).
- [23] Pour approfondir la connaissance du secteur, la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) pilote depuis le premier semestre 2015 une étude, dont le principe a été arrêté en 2012, pour préciser la composition des coûts des SAAD, avec la CNSA comme opérateur technique et financier. Cette étude porte sur 50 structures ayant une activité supérieure à 15 000 heures et réparties dans 10 départements. Parallèlement, la CNSA a confiée au cabinet Ernst & Young une étude macroéconomique sur l'APA et la PCH dans 15 départements. Compte tenu des calendriers de ces études, la mission n'a pas pu disposer de leurs résultats qui auraient pu être utiles, notamment sur la question des moyens alloués aux SAAD.

⁵-Mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles. Rapport IGAS-IGF ; octobre 2010.

-Mission relative aux difficultés financières de l'aide à domicile et aux modalités de tarification et d'allocation de ressources des SAD pour publics fragiles. Mme Bérengère Poletti, députée ; janvier 2012.

-: Refonder l'aide et l'accompagnement à domicile : l'ADF s'engage. Les documents de l'ADF ; mars 2012.

-Rapport d'information sur l'aide à domicile. MM. Jean Marie Vanlerenberghe et Dominique Watrin, sénateurs ; juin 2014.

- Le développement des services à la personne et le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Rapport de la Cour des Comptes ; juillet 2014.

- Rapport d'information sur l'évaluation du développement des services à la personne. Mmes Martine Pinville et Bérengère Poletti, députées ; décembre 2014.

- [24] De plus, le projet de recherche MODAPA (Modélisation de la demande d'aide à domicile des personnes âgées dépendantes) a été mis en place afin de mieux comprendre l'influence du coût de l'heure d'aide à domicile et du reste à charge associé sur la demande d'aide des personnes âgées. Ce projet réunit pendant 3 ans (septembre 2014 - septembre 2017) une dizaine de chercheurs en économie⁶.

Diversité des statuts et des situations des SAAD

- [25] Les SAAD peuvent, dans l'état actuel de la législation, relever de deux régimes distincts⁷ :
- L'autorisation délivrée par le président du conseil général au titre de la Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui s'inscrit dans le prolongement de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales ;
 - L'agrément délivré par les services de l'Etat (direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi DIRECCTE), après avis du président du conseil général dans le cadre de la Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.
- [26] La coexistence de ces cadres législatifs et réglementaires est un des éléments de complexité, mis en lumière par les rapports déjà cités qui mettent l'accent sur les différences dans les modalités de tarification.
- [27] Depuis plusieurs années, des SAAD sont confrontés à des difficultés financières qui affectent l'emploi des salariés, fragilisent les prestations apportées aux personnes et mettent parfois en jeu l'existence même des structures. Le financement des SAAD, pour la partie des services apportés aux personnes âgées et aux personnes handicapées, repose sur plusieurs sources :
- Pour les personnes âgées évaluées en GIR 6 et 5, un financement via l'action sociale des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et en ce qui concerne les personnes plus dépendantes en GIR 4 à 1, un financement via l'APA à domicile. Les services des conseils généraux, après évaluation médico sociale, calculent et versent l'APA⁸. Selon leurs revenus, une participation financière (ticket modérateur) est demandée aux bénéficiaires. Par ailleurs, il existe des financements versés par des organismes de protection sociale complémentaire ; et aussi des financements des personnes elles-mêmes ou de leurs proches, voire un financement au titre de l'aide sociale ;
 - Pour les personnes handicapées, le financement relève principalement de la PCH et, le cas échéant, de l'aide sociale pour les services ménagers.

⁶ Il est financé par l'Institut de recherche en santé publique (IRES-P) et l'Agence nationale de la recherche (ANR). L'équipe de recherche coopère avec plusieurs conseils généraux, avec la Direction de la recherche et des études économiques et statistiques (DREES) et la Mission recherche (MIRE) du Ministère de la santé et des affaires sociales.

⁷ Voir le premier alinéa de l'article L.313-1-2 du CASF : « La création, la transformation et l'extension des services d'aide et d'accompagnement à domicile mentionnés aux 1°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 sont soumises, à la demande de l'organisme gestionnaire :

1° Soit à l'autorisation prévue à la présente section ;

2° Soit à l'agrément prévu à l'article L. 7232-1 du code du travail. »

⁸ L'APA a été créée par la Loi 2001-667 du 20 juillet 2001 (article L.232-1 du CASF) qui a aussi prévu (articles L.232-3 et L.232-4 du CASF) un mécanisme de participation du bénéficiaire (ou ticket modérateur).

- [28] Ces dernières années, le resserrement des crédits d'action sociale des CARSAT en faveur des personnes classées en GIR 5 et en GIR 6 a pesé sur le niveau d'activité des SAAD.
- [29] Face à l'ampleur des difficultés observées, un Fonds de restructuration piloté par la DGCS a été créé en 2011⁹ sur trois ans et abondé par l'Etat à hauteur de 50 millions d'euros versés en 2012 et 2013, puis 50 millions d'euros en 2013 et 2014. Ces crédits, délégués aux ARS via la CNSA, ont été accompagnés de la signature d'une convention de retour à l'équilibre sur une durée de 3 à 5 ans entre l'ARS, le SAAD bénéficiaire et le président du conseil général. Au même titre que l'ensemble des SAAD, les services en expérimentation ont sollicité et bénéficié des crédits exceptionnels du Fonds de restructuration jusqu'en 2014.
- [30] Dans tous les départements expérimentateurs, ces crédits se sont ajoutés aux crédits dits de modernisation inscrits à la section IV du budget de la CNSA en application de l'art. L.14-10-5 du CASF¹⁰, Ces financements s'élèvent à environ 75 millions d'euros par an.
- [31] Chargés d'attribuer les crédits de modernisation de la CNSA et du Fonds de restructuration, les ARS ont recueilli l'avis des présidents des conseils généraux qui ont été invités à signer la convention précisant les objectifs à atteindre.
- [32] Par ailleurs, des cofinancements CNSA - conseils généraux et CNSA - fédérations ou unions d'organismes gestionnaires de SAAD visent à renforcer la professionnalisation des SAAD, notamment par la mise en place des techniques de télégestion.

Un environnement législatif en cours d'évolution¹¹

- [33] Dans un contexte de crise financière, l'Assemblée des départements de France (ADF) et des fédérations d'aide à domicile¹² ont, en 2011, initié et conduit des travaux de réflexion sur de nouvelles modalités de calcul des ressources des SAAD qui ont été à l'origine du lancement des expérimentations prévues par l'article 150 du projet de loi de finances pour 2012.
- [34] Actuellement en discussion, le projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement a été adopté en première lecture à l'Assemblée nationale et au Sénat.
- [35] L'article 32 du projet de loi présenté par le gouvernement autorise que les expérimentations en cours puissent être menées à leur terme, à condition qu'elles aient été commencées avant le jour de la promulgation de la loi¹³. Par ailleurs, il est prévu dans ce même article le dépôt au parlement d'un « *rapport d'évaluation à partir, notamment des contributions des départements et des services expérimentateurs.* ».

⁹ Article 150 du PLFSS 2012, article 70 du PLFSS 2013 et circulaire interministérielle DGCS/SD3A/DSS/CNSA/DB du 26 février 2013 relative aux modalités d'attribution de l'aide complémentaire exceptionnelle à la restructuration des services d'aide à domicile autorisés.

¹⁰ L'article L. 14-10-5 du CASF précise que, à la section IV : « *En charges, le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, de dépenses de formation des aidants familiaux, de dépenses de formation des accueillants familiaux* ».

¹¹ La mission a utilisé le terme de conseil général, encore en vigueur pendant ces déplacements avant l'application de la loi n° 2013-403 du 17 mai 2013 relative à l'élection des conseillers départementaux.

¹² UNA, ADESSADOMICILE, FNAAFP, CSF, FNAPAEF, AD-PA, Aînés Ruraux, APF, CFPSSA, Croix-Rouge française, FNADEPA, FNAQPA, Mutualité Française, UNCCAS et UNIOPSS puis par le GIHP (les sigles de ces organismes sont explicités dans la table des sigles).

¹³ « *Les expérimentations en cours à la date de publication de la présente loi, en application du II de l'article 150 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, peuvent être poursuivies jusqu'à leur terme.* » Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard le 1er janvier 2016, un rapport d'évaluation de ces expérimentations, à partir notamment des contributions des départements et des services expérimentateurs. Les mots soulignés sont ceux du texte voté en première lecture par l'Assemblée nationale et le Sénat.

- [36] Cet article se situe dans le chapitre II intitulé : « Refonder l'aide à domicile » qui regroupe, outre l'article 32 précité, un article 31 insérant dans le CASF, un art. L.313-11-1 sur le contenu des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), conclus avec des SAAD relevant de l'art L.313-21-2 (voir note de bas de page n°3). Aux points 1° à 9° de cet article du projet de loi, un 3° bis a été ajouté par l'Assemblée nationale, et confirmé par le Sénat, avec une référence explicite à l'expérimentation précisant que le CPOM devrait inclure : « *Les modalités de solvabilisation des personnes utilisatrices des services résultant, le cas échéant, des expérimentations mentionnées au II de l'article 150 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012.* ».
- [37] Si les articles 33 et 34 ne mentionnent pas l'expérimentation des tarifications, leur adoption définitive ne serait pas sans conséquence sur les suites de l'expérimentation de la tarification. Ils doivent donc être pris en considération pour décrire au plus près le contexte des expérimentations. L'article 33 prévoit les modalités qui permettraient, dans un délai de deux ans, d'autoriser des SAAD en les exonérant de la procédure d'appel à projet¹⁴. L'article 34 prévoit des expérimentations en vue de surmonter les différences de financement et d'organisation entre le médico social (SSIAD) et le social (SAAD) afin de promouvoir un « *modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement, avec l'accord conjoint du président du conseil général et du directeur général de l'agence régionale de santé, par les services polyvalents d'aide et de soins à domicile.* »¹⁵.
- [38] Ces autres expérimentations sur un fonctionnement intégré SAAD - SSIAD s'engagent de façon partiellement concomitante, mais selon un calendrier et des modalités distincts. Dans l'esprit du projet, une expérimentation est déjà conduite sur la période 2014-2015, sous le copilotage du conseil général du Doubs et de la CNSA et avec un financement CNSA (section IV).
- [39] Cette dernière expérimentation a été prise en compte par la mission, notamment lors de son déplacement dans le Doubs, mais elle se distingue bien, dans ses modalités techniques et son champ, des expérimentations de tarification des SAAD au titre de l'article 150 de la loi de finances pour 2012.

¹⁴ « Pendant un délai de deux ans à compter de la promulgation de la présente loi, peuvent être exonérés de la procédure d'appel à projets prévue au I de l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles les services d'aide à domicile relevant, à la fois, du 2° de l'article L. 313-1-2 et des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 qui demandent à être autorisés. L'autorisation est accordée, sauf décision motivée de refus du président du conseil départemental. ».

¹⁵ « Des expérimentations d'un modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement peuvent être mises en œuvre, avec l'accord conjoint du président du conseil général et du directeur général de l'agence régionale de santé, par les services polyvalents d'aide et de soins à domicile relevant des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles à compter de la promulgation de la présente loi et pour une durée n'excédant pas deux ans.

Les actions de prévention qu'ils dispensent sont éligibles aux financements prévus dans le cadre de la conférence des financeurs instituée par l'article L. 233-1 du même code.

La mise en œuvre de ce modèle, dont les modalités sont définies par un cahier des charges arrêté par les ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées, du budget et des collectivités territoriales, est subordonnée à la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens défini à l'article L. 313-11 dudit code.

Ce contrat prévoit notamment :

1° La coordination des soins, des aides et de l'accompagnement dans un objectif d'intégration et de prévention de la perte d'autonomie des personnes accompagnées, sous la responsabilité d'un infirmier coordonnateur ;

2° Pour les activités d'aide à domicile, les tarifs horaires, la dotation globale ou le forfait global résultant des expérimentations prévues à l'article 32, déterminés par le président du conseil général ;

3° Pour les activités de soins à domicile, la dotation globale de soins infirmiers déterminée par le directeur général de l'agence régionale de santé ;

4° Pour les activités de prévention, la définition des actions qui s'inscrivent notamment dans le cadre du schéma départemental relatif aux personnes en perte d'autonomie mentionné à l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles et du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique, leurs modalités de mise en œuvre et de suivi en fonction des objectifs poursuivis et la répartition de leur financement entre le département et l'agence régionale de santé.

Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard le 30 septembre 2016, un rapport d'évaluation des expérimentations menées en application du présent article. ».

Le déroulement et la méthode de la mission

- [40] Avant de conduire l'évaluation des expérimentations de tarification, et devant l'imprécision des données disponibles, la mission a conduit des investigations pour repérer la totalité des expérimentations conduites par des conseils généraux. A cette fin, le chef de l'IGAS a adressé une lettre à Monsieur le Président de l'Assemblée des départements de France (ADF) le 25 novembre 2014.
- [41] Afin de s'assurer d'une liste exhaustive des départements expérimentateurs, la mission a conçu un questionnaire¹⁶ qu'elle a envoyé aux professionnels des conseils généraux via la plateforme « Idéal connaissances »¹⁷ et, pour les conseils généraux qui ne sont pas adhérents à ce réseau, directement aux services de ces départements.
- [42] Puis pour vérifier, département par département, la liste des expérimentations, la mission a contacté par courriel et si possible par téléphone les conseils généraux. La mission a pu ainsi s'entretenir avec de nombreux services de conseils généraux et recueillir des informations sur la diversité des pratiques de tarification des SAAD, que ce soit dans le cadre de la réglementation actuelle ou bien en expérimentation. Au terme de ces démarches, une liste des départements expérimentateurs a pu ainsi être dressée.
- [43] Pour chacun de ces départements expérimentateurs, la mission a recueilli les données disponibles département par département. La mission s'est rendue dans le Doubs en décembre 2014, puis en janvier et février 2015 dans la Sarthe, l'Oise, le Lot et le Pas de Calais. Pour tous les autres départements expérimentateurs recensés, la mission a réalisé, sur la base des documents reçus, des entretiens téléphoniques approfondis avec les responsables des conseils généraux, des SAAD et des services de l'Etat.
- [44] La mission a également rencontré les principaux acteurs nationaux du secteur des SAAD, qu'ils soient administratifs ou associatifs (voir liste des personnes rencontrées).

¹⁶ Cf. Pièce jointe.

¹⁷ Idéal Connaissances est une plateforme d'échanges entre des responsables de collectivités territoriales.

1 LA CONSTRUCTION DE L'EXPERIMENTATION

1.1 Une initiative venue du terrain

1.1.1 Des modalités de tarification précisément réglementées et appliquées diversement

[45] A partir de 2009, les difficultés financières sectorielles, les défaillances de SAAD, dont certains d'envergure significative, ont amené les pouvoirs publics et les acteurs du secteur à s'interroger sur les questions de tarification et de solvabilisation à partir de constats largement semblables.

[46] Ainsi avec des personnels nécessaires pour répondre aux besoins, évalués et validés par le conseil général, des personnes âgées, les SAAD ne disposent que d'une marge de manœuvre relativement étroite car les frais de personnel représentent de 80% à 90% du total des charges des services¹⁸. A ce constat s'ajoute la complexité pour prendre en compte dans la tarification les coûts annexes, notamment les frais d'encadrement et de déplacement, ou le coût réel des fractions d'heure d'intervention.

L'article R314-130 du CASF prévoit que « (...) Pour chaque établissement ou service, le président du conseil général détermine :

- 1° Un tarif horaire des aides ou employés à domicile ;
- 2° Un tarif horaire des auxiliaires de vie sociale et des aides médico-psychologiques ;
- 3° Un tarif horaire des techniciens d'intervention sociale et familiale et des auxiliaires de puériculture. »

L'article R.314-132 précise les modalités de calculs de ces tarifs en distinguant :

- dans ses 1°, 2° et 3° « Les dépenses afférentes aux rémunérations » des trois catégories de personnels citées à l'article R314-130 ;
- en 4 : « Les dépenses afférentes aux rémunérations des personnes qui coordonnent, encadrent ou apportent leur soutien aux agents mentionnés aux 1° à 3° ci-dessus » ;
- en 5° « Les frais de structure du service, calculés conformément au III ... ».

Ce III commence par « Les dépenses¹⁹ de structure ... représentent les dépenses de direction, de gestion et d'administration générale, et notamment les frais de déplacement des personnels. »²⁰.

L'article R.314-133 décrit ce que sont les coûts horaires, d'une part des frais de structure, d'autre part de coordination, d'encadrement et de soutien ; l'article R.314-134 fait de même pour les catégories de personnels déterminés à l'article R314-10.

Mais ces dispositions réglementaires ne sont pas pleinement appliquées dans de nombreux départements pour plusieurs raisons :

- la mise en œuvre de plusieurs tarifs est percutée par les impératifs pratiques ;

¹⁸ Source : Rapport IGAS-IGF Mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles.

¹⁹ L'article du CASF est reproduit sans changement : l'expression « frais de structure » est utilisée au 5° mais, quelques lignes plus bas, c'est l'expression « dépenses de structures ».

²⁰ Puis ce III continue avec. « Elles sont égales à la différence entre, d'une part, les charges du service, éventuellement majorées ou minorées de la reprise du résultat d'exercices antérieurs dans les conditions prévues aux articles R. 314-51 et R. 314-136, et d'autre part, la sommes des rémunérations mentionnées aux 1° à 4° du I du présent article. ».

- le respect des règles du CASF se heurte à son silence vis-à-vis de la prise en compte des effets de temps morcelés (interventions d'une durée d'une demi-heure) ou des majorations de rémunérations les dimanches et jours fériés ;
- la distinction à opérer (voir article R.314-133) entre des frais de structure et des frais de coordination, d'encadrement et de soutien qui ont, de plus, une zone de recouvrement apparaît paradoxale avec leur addition (selon l'article R.314-134) pour calculer les tarifs.

- [47] Ce mécanisme de tarification en vigueur peut lui aussi être source de difficultés pour les SAAD. En effet, le tarif applicable par les SAAD autorisés en année N est celui qui est nécessaire pour assurer l'équilibre du service sur la base d'un prévisionnel d'activité et en prenant en compte toutes les charges, et éventuellement la reprise de tout ou partie d'un déficit intervenu en N-1²¹. Cette approche budgétaire a pour conséquence de faire supporter les déficits antérieurs aux usagers.
- [48] En outre, ce mécanisme peut créer un cercle vicieux. Le niveau atteint par les tarifs et la sous consommation des plans d'aide prévisionnels peuvent les empêcher d'atteindre l'objectif prévisionnel d'activité nécessaire à leur équilibre financier. Ces SAAD sont alors contraints d'augmenter à nouveau leur tarif pour essayer d'équilibrer leurs comptes.
- [49] Pour mettre fin à cet engrenage, deux « modèles » de réforme ont été développés ; le premier est issu des travaux réalisés par l'ADF en partenariat avec le collectif de l'aide à domicile et le second est inspiré des travaux menés dans un premier temps par la mission IGAS-IGF et repris en partie par le rapport de Madame Bérengère Poletti, députée²².

1.1.2 Les propositions de l'ADF en partenariat avec le collectif de l'aide à domicile

- [50] Les propositions de l'ADF avec le collectif de l'aide à domicile sont l'aboutissement d'un processus de concertation initié en février 2010 suite à la table ronde sur le financement des services du 22 décembre 2009 et qui s'est conclu par la signature, le 21 septembre 2011, d'une convention de partenariat entre l'ADF et les quatorze organisations du collectif de l'aide à domicile.
- [51] Le modèle s'appuie sur la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre le conseil général et les SAAD concernés ; il prévoit, pour chaque SAAD notamment un objectif d'activité annuel, éventuellement sur un territoire donné, ainsi que divers objectifs de qualité traduits en termes d'indicateurs²³, tels la mise en place de formations pour les salariés, le suivi du taux de rotation du personnel, etc. Les moyens alloués par le conseil général pour la réalisation de ces objectifs sont regroupés dans une dotation globale qui comprend la totalité des charges engagées par la structure pour réaliser les objectifs fixés et peut également inclure le financement par le conseil général de missions d'intérêt général déléguées aux SAAD.
- [52] Cette dotation est versée par mensualité avec un ajustement de plus ou moins 10% en fonction du niveau de réalisation des objectifs. Les règles de cet ajustement sont fixées dans le CPOM, et l'ajustement est réalisé, de même que la détermination du montant de la dotation globale²⁴, dans le cadre d'un dialogue de gestion entre le conseil général et chaque SAAD.

²¹ En théorie, les services du conseil général doivent établir au moins deux tarifs selon le niveau de qualification du personnel d'intervention (voir article R314-130 du CASF, déjà cité).

²² Députée des Ardennes et missionnée en 2011 par la ministre des solidarités et de la cohésion sociale.

²³ Voir annexe n°1.

²⁴ Le montant de la dotation globale est, en outre, calculée en tenant compte des tickets modérateurs prévisibles et l'ajustement est effectué de la réalité de ces versements.

- [53] Par ailleurs, ce modèle prévoit une évolution substantielle avec la mise en place d'une participation financière forfaitaire, ou « abonnement », en lieu et place de la facturation à l'heure actuellement appliquée. Les SAAD disposent alors de la possibilité d'ajuster des plans individuels d'intervention (PII) pour adapter au mieux, à tel ou tel moment, en fonction de leurs besoins l'aide à apporter aux usagers. La logique de paiement à l'heure pour la part qui revient à l'utilisateur est donc abandonnée au profit d'une logique d'abonnement à une prestation globale de maintien à domicile.
- [54] Cette approche doit offrir davantage de souplesse aux usagers, qui pourraient bénéficier d'heures supplémentaires en cas de besoin, sans révision formelle de leur plan d'aide, et elle doit permettre aux SAAD d'être moins contraints dans la réalisation de leurs interventions quotidiennes. Enfin, ce modèle prévoit de tenir compte de l'entourage de la personne aidée dans la construction des plans d'aide, via une grille dite d'entourage moyen pondéré (EMP).

1.1.3 Les orientations proposées par le rapport de Mme Poletti

- [55] Madame Poletti, a remis un rapport en janvier 2012 comportant notamment des propositions devant « *aboutir à rendre possible une réforme de la tarification de l'aide à domicile posant des bases solides pour l'avenir* ». Il recommande une tarification valorisée à l'heure ; le tarif horaire demeurant « *une référence encore incontournable pour la majorité des conseils généraux et pour les usagers des services* ».
- [56] Dans ce modèle il est proposé de définir un panier type de prestations de base, associé à un tarif national. Celui-ci permettrait de valoriser les plans d'aide et de calculer le montant du ticket modérateur quelle que soit la nature du service intervenant, autorisé ou agréé. Les SAAD autorisés voient leurs ressources accrues via des dotations complémentaires dans le cadre de contrats d'objectifs de missions de service public signés avec le conseil général. Par cette contractualisation, le conseil général peut mettre en place des « indicateurs d'efficience ou d'organisation que doivent respecter les services ».

1.2 Le cadre législatif et réglementaire

1.2.1 L'arrêté d'expérimentation au regard des textes de loi existants

- [57] L'arrêté du 30 août 2012 fixe le cahier des charges des expérimentations relatives aux modalités de tarification des SAAD en ce qui concerne l'APA (pour les personnes âgées), ainsi que la PCH (pour les personnes handicapées). L'arrêté du 6 janvier 2014 étend l'expérimentation aux SAAD visés au 7° de l'article L.312-1 du CASF, c'est-à-dire ceux rattachés aux établissements ou services dédiés aux personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques²⁵ et prolonge la durée des expérimentations.
- [58] Cet arrêté, constitué de six articles et quatre annexes (1, 2²⁶, 3 et 4), décrit avec beaucoup de détails les modalités des deux types d'expérimentations. Ses six articles, dont l'un fait référence explicitement au Fonds de restructuration, permettent notamment de préciser :
- les services concernés par l'expérimentation : les SAAD autorisés et agréés ;
 - une durée, au plus 3 ans, avec pour date limite d'entrée en expérimentation, le 31 décembre 2014 pour les SAAD intervenant auprès des personnes âgées et le 31 décembre 2015 pour ceux intervenant auprès des personnes handicapées²⁷ ;

²⁵ « 7° Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ».

²⁶ Une annexe 2 bis a été introduite par l'arrêté du 6 janvier 2014.

- les deux modes d'expérimentations autorisés ;
- le principe du volontariat pour les SAAD ;
- la mise en place d'un comité de pilotage national.

1.2.2 Des annexes très précises, pour fonder un nouveau modèle

- [59] L'arrêté prévoit la mise en cohérence d'outils, certains déjà existants d'autres nouveaux, avec l'ambition de fonder un nouveau modèle économique et social pour le secteur de l'aide à domicile.
- [60] L'annexe 1 est commune aux deux types d'expérimentation. Elle introduit le mécanisme de formalisation de l'expérimentation entre le conseil général et les SAAD concernés, en explicitant que « *ces expérimentations sont formalisées dans une convention.* » et que celle-ci « *fixe les engagements réciproques de chaque partie contractante* ». Ces conventions doivent être des CPOM d'une durée maximale de trois ans et révisables annuellement selon différents critères (activité du service, consommation de l'enveloppe de financement...).
- L'annexe 1 permet également de déroger à l'approche tarifaire actuellement en vigueur et de prévoir des aménagements aux modalités de participation des usagers.
- [61] Les annexes 2 et 2bis décrivent le cahier des charges, inspiré des travaux de l'ADF et du collectif de l'aide à domicile, tandis que l'annexe 3 prend pour base les recommandations du rapport, déjà cité, de Mme Poletti.
- [62] L'annexe 4 introduit et définit la composition du comité de pilotage national qui assure le suivi de l'expérimentation en s'appuyant sur des comités locaux.

Les annexes 2 et 2 bis

- [63] Les annexes 2 et 2bis décrivent les modalités de détermination des moyens attribués aux services financés par dotation globale. L'objectif fixé par l'arrêté est de garantir aux SAAD engagés dans cette option d'expérimentation une vision budgétaire pluriannuelle en contrepartie d'engagements de qualité de service et de qualité de travail pour les salariés.
- [64] Le contenu des CPOM très largement présenté à l'article 2 doit notamment préciser le périmètre d'activité, la liste des missions d'intérêt général remplies par le service, les qualifications des personnels et les indicateurs de référence qui sont communs aux SAAD expérimentateurs et qui permettent de déterminer l'allocation de ressources.
- [65] Il est précisé que le CPOM « doit être conçu » comme un acte de mandatement au sens européen en référence aux services sociaux d'intérêt général. Il prévoit, outre les obligations classiques du SAAD, des missions de prévention et des missions d'intérêt général.
- [66] L'annexe 2 recourt à la notion de mandatement, terme qui n'est pas utilisé dans les prescriptions générales de l'annexe 1. L'annexe 2, détaille dans son 1. « *Les engagements contractuels du conseil général et du SAAD* » ce qui permet la présentation, immédiatement après, d'un 2°. intitulé « *le CPOM acte de mandatement* ». Ce paragraphe, décrit :
- le cadre juridique européen : la décision de la commission du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne ;
 - en quoi un CPOM, dès lors qu'il apporte des précisions sur les services apportés, le territoire d'intervention, les modalités de compensation, ... peut être considéré comme un acte de mandatement ;

²⁷ En application de l'article 1^{er} de l'arrêté du 6 janvier 2014.

- les principes essentiels de fonctionnement (accès universel, continuité de service, ...) que les SAAD doivent respecter pour que le CPOM puisse être reconnu comme un acte de mandatement.

[67] Les recommandations formulées, voire les expressions de ces paragraphes des annexes à l'arrêté sont reprises, parfois à l'identique, dans les rapports présentés aux conseils généraux en vue de leur vote sur le principe de l'expérimentation, et/ou dans les CPOM entre département et SAAD. La volonté de respecter les règles européennes a aussi été affirmée explicitement dans les départements où la mission s'est déplacée ainsi que dans des échanges oraux et des documents.

[68] Ces annexes prévoient également l'instauration d'un dialogue de gestion permettant d'évaluer à intervalles réguliers les montants de dotation des SAAD. Ces dotations sont versées mensuellement pour 90% de leur montant et les 10% restant peuvent être libérés à l'issue d'un dialogue de gestion en fonction des objectifs atteints. Selon ces annexes, les dotations doivent être déterminées entre autre en fonction d'un nombre d'utilisateurs à accompagner, de leur GIR moyen pondéré et, nouvelle notion, du niveau d'aide apporté par l'entourage (EMP).

[69] La contractualisation prévoit également le financement des systèmes de télégestion pour que les SAAD disposent des indicateurs nécessaires au pilotage du service et au suivi des objectifs.

[70] Par dérogation aux règles en vigueur, la participation de l'utilisateur peut être calculée sur la base du plan d'aide accepté et non plus réalisé. Il y a ainsi forfaitisation mensuelle de la participation, par prélèvement. Par ailleurs, dans le cadre de l'expérimentation, le conseil général peut verser directement sans recevoir l'accord explicite des bénéficiaires les prestations APA ou PCH aux services dès lors que l'utilisateur demeure libre d'avoir recours à d'autres services.

[71] Enfin, il est prévu de laisser aux SAAD davantage de latitude dans leurs interventions en leur permettant notamment de traduire les plans d'aide dans des plans individuel d'intervention (PII). L'annexe 2 de l'arrêté du 30 août 2012 a introduit l'expression « plan individualisé d'intervention » (PII) dans son point 5, « *Les nouvelles modalités d'évaluation et d'élaboration du plan d'intervention individualisé* » ; mais sans le définir en tant que tel²⁸. Ce qu'il représente peut cependant être environ déduit, car il est indiqué que :

« Le PII est élaboré en trois phases. Il est constitué du contrat d'intervention auquel sont annexés le diagnostic médico-social et les objectifs d'aide déterminés par le conseil général ainsi que le projet individuel d'intervention coconstruit et cosigné par l'utilisateur et le SAAD.

Phase 1 : le diagnostic médico-social et les objectifs élaborés par l'équipe médico-sociale du département.

Phase 2 : le contrat d'intervention signé entre le SAAD et le bénéficiaire de l'aide.

Phase 3 : le projet individuel d'intervention de l'utilisateur : il détermine les modalités opérationnelles de l'intervention. Il est validé par l'équipe médico-sociale du département.

²⁸ D'autres expressions sont aussi utilisées dans ce point 5, sans être définies ; ainsi « la grille d'évaluation définie dans le présent cahier des charges » ; « le contrat d'intervention » ; « le projet individuel d'intervention. ».

L'annexe 3

- [72] Cette annexe qui détaille également les éléments qui doivent être précisés dans un CPOM, conserve le principe de référence horaire dans le calcul du financement du SAAD. Deux options de tarification, relativement similaires, sont proposées. La première fait intervenir un ou des tarifs de prestations sociales complétés par des dotations relatives à des compensations de contraintes particulières ou à la réalisation de missions d'intérêt général²⁹. La deuxième approche prévoit le calcul de deux tarifs pour le service : un tarif « aides à la personne » et un tarif « aides à l'environnement » ; cette approche n'exclut pas le versement de dotations complémentaires.
- [73] Dans le premier cas, l'utilisateur ne paye que sur la base du tarif « prestation sociale », tandis que dans le second, il peut payer soit le tarif moyen du service, soit selon la pondération des deux tarifs dans son plan d'aide. Sa participation peut être calculée soit sur la base des heures effectuées soit sur la base du plan d'aide accepté.

1.2.3 Les outils de l'expérimentation

- [74] L'expérimentation met en œuvre un ensemble d'outils dont certains sont déjà dans la réglementation et d'autres qui n'y sont pas.

1.2.3.1 Des outils déjà en vigueur et utilisés par les départements

- [75] Si les CPOM permettent de formaliser l'engagement entre le conseil général et les SAAD d'entrer en expérimentation, il est à noter que des CPOM ont été signés, au cours de ces mêmes récentes années, en application de l'article L313-11 du CASF³⁰, dans d'autres départements. La différence avec ces départements ne se déclarant pas expérimentateurs mais ayant signés des CPOM apparaît, parfois ténue, quand sont comparés les contenus des conventions.
- [76] L'apport bénéfique d'un versement mensuel de la dotation globale a été souligné par les responsables des SAAD expérimentateurs et les responsables départementaux. Le recours à des avances ou acomptes était déjà réalisable grâce à une utilisation habile de mécanismes disponibles dans la comptabilité publique et, au cas particulier des départements, dans l'instruction budgétaire et comptable M 52 :
- avance, en début d'année, de 1/12ème du montant total versé l'année précédente ; avec des ajustements en cours d'année si besoin ;
 - acompte correspondant aux heures réalisées, dès le début du mois suivant, sans attendre les transmissions précises d'information sur les heures effectuées et les contrôles nécessaires avant paiement.

²⁹ Le CPOM, tel que prévu à l'annexe 3, ne fait par référence au mandatement européen.

³⁰ l'article L313-11 du CASF : « Sans préjudice des dispositions de l'article L. 313-12, des contrats pluriannuels peuvent être conclus entre les personnes physiques et morales gestionnaires d'établissements et services et la ou les autorités chargées de l'autorisation et, le cas échéant, les organismes de protection sociale, afin notamment de permettre la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont ils relèvent, la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service ou de la coopération des actions sociales et médico-sociales. Ces contrats fixent les obligations respectives des parties signataires et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis, sur une durée maximale de cinq ans notamment dans le cadre de la tarification. Dans ce cas, les tarifs annuels ne sont pas soumis à la procédure budgétaire annuelle prévue aux II et III de l'article L. 314-7.

Ces contrats peuvent concerner plusieurs établissements et service ».

1.2.3.2 Des outils nouveaux non prévus par le CASF

- [77] Au delà des outils existants que l'expérimentation permet de mieux articuler et mettre en valeur, des dérogations à la législation en vigueur sont apparues nécessaires pour déployer les deux modèles prévus par l'arrêté³¹. L'expérimentation portant sur la tarification des SAAD, qu'ils soient autorisés ou le cas échéant agréés, permet de déroger aux règles de tarification en vigueur. Ainsi, les deux modèles introduisent des nouveaux outils de tarification, avec la mise en place d'un tarif de solvabilisation de l'utilisateur, ou tarif qui lui est opposable pour le calcul de son reste à charge, indépendant des besoins de financement du SAAD. Le conseil général compense alors les surcoûts liés à des contraintes spécifiques soit dans le cadre d'une dotation globale, soit par des majorations horaires.
- [78] Une plus grande souplesse contractuelle est également mise en œuvre puisque les conseils généraux sont dispensés de la procédure d'appel à projet et peuvent contractualiser avec des services agréés. Ils peuvent alors calculer la dotation de ces services agréés de façon différente de la simple application du tarif de référence, comme pour les autres services agréés en raison des missions d'intérêt général qui peuvent être confiées à ces SAAD dans le cadre du CPOM.
- [79] Concernant l'APA, l'expérimentation crée avec le « forfait » ou « abonnement » un nouvel outil qui modifie substantiellement le mode de calcul du reste à charge des usagers, qui n'est plus calculé sur la base des heures réalisées, mais sur la base d'un forfait fixé à partir du plan d'aide accepté.
- [80] L'expérimentation s'inscrit dans un cadre global permettant d'articuler des outils dont l'ensemble devait refonder l'économie du secteur de l'aide à domicile.

1.3 Un pilotage national complexe à mettre en œuvre

1.3.1 Une ambition partagée entre l'Etat et l'ADF

- [81] L'arrêté du 30 août 2012 fixe avec précision la composition et les missions des comités de pilotage tant au niveau national que dans les départements expérimentateurs.
- **Les compositions nationale et locale sont asymétriques**
- [82] Le pilotage de l'expérimentation tel que prévu à l'article 4 de l'arrêté articule d'une façon asymétrique le niveau national et départemental. Le pilotage national qui « s'appuie sur des comités locaux » est confié à un comité co-présidé par la DGCS et ADF, les comités locaux sont pilotés par les conseils généraux.
- [83] La composition du comité national est précisée à l'annexe 4 de l'arrêté. Outre la DGCS et l'ADF qui co-président le comité, il réunit la direction du budget, la direction générale des collectivités locales, la direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services (devenue direction générale des entreprises), la CNSA, la CNAV, le RSI, la MSA ainsi que les fédérations représentatives du secteur.

³¹ L'expérimentation correspond à des aménagements partiels, voire mineurs des lois suivantes :

- la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie ;
- la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;
- la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;
- L'ordonnance n°2005-1477 du 1er décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux.

[84] Les comités locaux doivent réunir, outre le président du conseil général, l'ARS, l'UT-DIRECCTE, l'ensemble des fédérations du secteur, « y compris celles qui ne participent pas aux expérimentations », les CARSAT ou tout autre financeur, des représentants du comité départemental des retraités et des personnes âgées (CODERPA) et du conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH).

- **Les missions dévolues au comité de pilotage national sont doubles : le recueil de données et l'évaluation**

[85] Le comité national dresse la liste des départements expérimentateurs et est chargé de l'évaluation globale des expérimentations.

[86] L'annexe de l'arrêté donne une liste détaillée, mais non exhaustive des données qui doivent être réunies au niveau national en amont et pendant la durée des expérimentations :

- les moyens humains et financiers mis en œuvre ;
- les niveaux des dotations fixées annuellement ;
- une présentation des aménagements aux modalités de solvabilisation et de versement des prestations individuelles aux usagers des services et de leur impact ;
- les modifications éventuelles du reste à charge des usagers des services agréés ;
- le cas échéant, une évolution du contenu des plans d'aide ;
- une enquête de satisfaction des usagers ;
- une analyse des conséquences financières et comptables de l'expérimentation ;
- une présentation des modalités d'articulation entre financeurs institutionnels pour s'accorder sur des modalités de tarification et de financement des services et de solvabilisation des usagers compatibles entre elles.

Le comité national doit « *définir les informations que devront fournir les services et départements expérimentateurs pour les besoins du suivi et de l'évaluation des expérimentateurs* ».

[87] Par ailleurs, l'annexe 2bis fait mention au point 5 d'un comité de pilotage scientifique susceptible d'aider à la méthodologie et à l'analyse en ce qui concerne les plans d'intervention individualisés (PII) des personnes handicapées.

1.3.2 Le manque de moyens pour un suivi et une mise en œuvre partenariale

- **Au niveau national, peu de résultats consolidés**

[88] Depuis 2012, une forte impulsion politique a accompagné l'expérimentation. Les deux réunions du comité de pilotage national ont été co-présidées par les membres du gouvernement responsables³² et par le président de l'ADF, le 22 juillet 2013 puis le 17 décembre 2014.

[89] Si ces réunions ont confirmé l'engagement des pouvoirs publics et de tous les acteurs du secteur, elles n'ont pas pu dresser un bilan des expérimentations en cours.

³² Mme Michèle Delaunay, ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie et Mme Marie-Anne Carloti, ministre déléguée aux personnes handicapées ; puis Mme Laurence Rossignol, secrétaire d'Etat chargée de la famille, des personnes âgées et de l'autonomie et Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'Etat aux personnes handicapées et à la lutte contre l'exclusion.

- [90] La première difficulté liée à la définition même des expérimentations qui n'est pas totalement partagée entre l'Etat et l'ADF. Pour l'Etat, l'expérimentation s'entend au sens de l'arrêté et de toutes les annexes, alors qu'ADF considère que l'annexe 3 (expérimentation d'une tarification horaire, assortie le cas échéant d'une dotation de valorisation de missions d'intérêt général spécifiques) ne relève pas de l'expérimentation telle qu'elle la conçoit. Ce désaccord est un obstacle qui n'a pas encore été levé. La mission en a pris acte ; elle a retenu l'ensemble des expérimentations au sens de l'arrêté tout en les distinguant.
- [91] Au-delà même de ce désaccord, l'annexe 4 a développé les objectifs du pilotage sans en prévoir les modalités pratiques. En l'absence d'outils et de méthodes bien acceptés en amont, le travail conjoint entre deux acteurs publics, qui ont peu l'habitude de travailler in fine ensemble au quotidien, n'a pas pris corps. Pour l'essentiel, chacun a travaillé de son côté suivant sa logique³³.
- [92] Sans relais territorial sur l'expérimentation en tant que telle, la DGCS a tenté de l'inclure peu ou prou avec le suivi de l'attribution des crédits du Fonds de restructuration des SAAD confiés en pratique aux ARS. Ainsi, le comité de pilotage de décembre 2014 a associé les deux sujets à l'ordre du jour.
- [93] Après avoir organisé des réunions d'information en province l'ADF a pu recueillir des données intéressantes sur l'un seulement des deux types d'expérimentations³⁴ mais nécessairement partielles, en l'absence d'une organisation systématique de remontées d'informations.
- [94] La mission a pris connaissance des éléments qui lui ont été communiqués par l'ADF et du bilan de la refondation de l'aide à domicile telle que présenté le 5 novembre 2014³⁵ par le conseiller spécial du président d'ADF sur la perte d'autonomie.
- **Au niveau départemental, des modalités diverses de pilotage et peu d'échanges avec le niveau national**
- [95] La remontée d'information n'a pas été organisée par les administrations nationales. Les conseils généraux expérimentateurs n'ont pas reçu de demande particulière et formalisé en ce sens. De leur côté, les fédérations professionnelles ont rassemblé des informations sur les expériences auxquelles une ou plusieurs de leurs structures adhérentes participent. Par définition, ces éléments qui fournissent des éléments d'évaluation et d'alerte ne peuvent suffire à eux seuls pour donner une vision globale de l'expérimentation.
- [96] La première étape de l'expérimentation est constituée par la décision du président du conseil général et le vote des délibérations nécessaires en séance plénière de l'assemblée départementale. Dans les départements concernés, ces décisions n'ont pas soulevé d'opposition politique particulière. Au-delà des contraintes réglementaires, l'engagement du président et, plus généralement des élus, est une condition qui a été soulignée par les acteurs de terrain pour lesquels l'active présence des élus est toujours un atout, notamment pour faciliter le dialogue avec les SAAD, et pour faire remonter les questions et les réclamations des usagers et de leur famille.
- [97] Des départements, comme les Côtes d'Armor, ont plus ou moins repris le schéma ainsi décrit avec des comités de pilotage locaux ; dans le Doubs, le comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA) a été tenu informé des grandes lignes des expérimentations. En pratique, l'essentiel du pilotage local de l'expérimentation est, de fait, de la responsabilité directe du conseil général qui, au niveau politique, a décidé de s'y engager peu ou prou.

³³ Lors de la réunion du comité de pilotage de juillet 2013, deux documents distincts ont été présentés, l'un préparé par la DGCS et l'autre par l'ADF.

³⁴ Elle a organisé des journées de travail les 11 et 12 juillet 2013 en amont de la réunion du comité de pilotage du 22 juillet.

³⁵ Table ronde sur l'aide à domicile. Assemblée nationale, le 5 novembre 2014. Intervention de M Luc Broussy.

- [98] Le pilotage local prévoyait, dans l'annexe 4 de l'arrêté, outre le comité local décrit ci-dessus, la désignation « *d'un pôle référent comme interlocuteur des SAAD expérimentateurs dans chaque département concerné.* ».
- [99] Ce pôle référent, cheville ouvrière de l'expérimentation, doit répondre à de nombreuses questions pratiques. Ainsi, il réunit très régulièrement l'équipe technique compétente du conseil général et les responsables des SAAD concernés, avec des modalités différentes selon les départements.
- [100] Du côté des conseils généraux, deux services sont nécessairement concernés, le service de la tarification³⁶ et le service des prestations APA-PCH. Dans des départements où la mise en place d'une télégestion inter opérable entre les SAAD et le conseil général est au cœur de l'expérimentation, le service des systèmes d'information est partie prenante de l'équipe technique du conseil général qui pilote au quotidien l'expérimentation.
- [101] Les réunions de travail avec les SAAD concernés se déroulent selon les cas, les sujets et les départements, en face à face avec un seul SAAD ou bien en table ronde avec tous les SAAD en expérimentation. Il peut arriver également que des réunions plus larges d'information réunissent l'ensemble des SAAD associatifs, qu'ils soient ou non en expérimentation. Ce point pose la question sensible des modalités de partage d'informations, notamment financières, entre les SAAD.
- [102] Ce pilotage local peut prévoir expressément l'information de l'ARS et l'UT-DIRECCTE. Mais, en pratique, les services de l'Etat peuvent au mieux recevoir des éléments d'information sur les expérimentations à l'occasion de la gestion de dossiers connexes. En plus de la gestion du Fonds de restructuration, l'ARS est compétente sur les SSIAD dont les missions sont centrales dans le maintien à domicile des personnes dépendantes.
- [103] L'UT-DIRECCTE, après avis des conseils généraux, délivre et renouvelle les agréments des SAAD au titre de la loi de 2005. Des départements conduisent des contrôles communs avec l'UT-DIRECCTE de SAAD agréées. En ce qui concerne l'agrément, les pratiques sont très différentes. Des conseils généraux adoptent des positions de principe soit positives, soit défavorables, quand d'autres construisent des avis au cas par cas, selon les besoins estimés des populations.
- [104] Au-delà de la diversité des modalités de pilotage mis en place et qui évoluent nécessairement au fil de l'expérimentation, dans tous les cas, une forte implication des services du conseil général est nécessaire ; en amont de l'expérimentation, sur une durée minimale estimée à un an par les interlocuteurs de la mission et tout au long de la mise en place et du suivi des outils

- **Des échanges entre départements, le Doubs jouant un rôle moteur**

- [105] Dans cette expérimentation largement issue des acteurs et du terrain, et en l'absence de pilotage national, les départements se sont efforcés d'échanger et de confronter leurs pratiques. Par son rôle de préfigurateur de l'expérimentation, le département du Doubs en est devenu un actif promoteur³⁷. Le conseil général du Doubs, ses élus et les responsables des services ont répondu aux nombreuses sollicitations des délégations de conseils généraux qui cherchaient des informations et parfois des conseils.

³⁶ Tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

³⁷ En avril 2010, le bureau du conseil général a délibéré sur la possibilité de mettre en œuvre des CPOM avec les services autorisés du département afin notamment de maintenir avec eux une relation privilégiée et d'assurer un égal accès aux services sur l'ensemble du territoire. En juin 2011, le conseil général a approuvé la signature de CPOM, avec notamment la forfaitisation de la participation des usagers.

- [106] Mais d'autres départements ont également confronté leurs informations avec des départements comme l'Oise ou avec des départements dont ils sont proches par la géographie ou par les pratiques professionnelles.

2 LA DIVERSITE DES SITUATIONS SELON LES DEPARTEMENTS

2.1 Au 1er janvier 2015, 14 départements expérimentateurs

2.1.1 Des expérimentations en nombre limité et échelonnées

[107] Au total, 14 départements ont commencé une expérimentation, sur la base de l'article 150 de la loi de finances pour 2012, avant le 1^{er} janvier 2015 et l'ont conduit pendant au moins 6 mois. A ces 14 départements peuvent en être ajoutés 3 autres, ayant fait commencer l'expérimentation après le 1^{er} janvier 2015.

[108] Les informations recueillies par la mission selon la méthode exposée dans l'introduction et vérifiées auprès des responsables départementaux ont permis d'établir le tableau suivant.

Tableau 1 : le périmètre des expérimentations menées dans les départements

Début de l'expérimentation	Département	Nature du document signé	Allocations prises en compte	Nombre de SAAD participant et territoire couvert	Annexe de référence pour la tarification des SAAD	Formule de forfait (abonnement) pour les usagers
01/07/2011	Doubs	CPOM + conv. financières annuelles	-APA	-tous les 9 SAAD autorisés -tout le département	Annexe 2	oui
01/01/2012	Côtes Armor	conv. financières annuelles	-APA -PCH	-5 SAAD sur 61 (plus 1 SAAD dans ensemble ESMS pour personnes handicapées)	Annexe 2	Oui
01/01/2012	Lot	CPOM + conv. financières annuelles	-APA -PCH	2 SAAD : 1 SEM (agréé) sur tout le territoire, et 1 SAAD local autorisé	Annexe 2	oui
01/07/2012	Ain	CPOM + conv. financières annuelles	-APA -PCH	-tous les 6 SAAD autorisés -tout le département	Annexe 2	oui
01/01/2013	Pas-de-Calais	décision du conseil général	-APA -PCH	1 seul SAAD autorisé, le seul sur cette partie du département (plus de 60 SAAD autorisés)	Annexe 2	oui
01/05/2013	Charente	CPOM + conv. financières annuelles	-APA	tous les 6 SAAD autorisés -tout le territoire	Annexe 2	non
01/07/2013	Corrèze	conv. financières annuelles	-APA	-2 SAAD agréés -85% du territoire	Annexe 2	oui

Début de l'expérimentation	Département	Nature du document signé	Allocations prises en compte	Nombre de SAAD participant et territoire couvert	Annexe de référence pour la tarification des SAAD	Forfait (abonnement) pour les usagers
01/08/2013	Meurthe-et-Moselle	conv. financières annuelles	-APA -PCH	-12 SAAD autorisés -tout le département	Annexe 2	non
01/01/2014	Oise	conv. annuelles de qualité de service	-APA -PCH	-tous les 9 SAAD autorisés -tout le département	Annexe 3	non
01/01/2014	Aisne	CPOM + conv. financières annuelles	-APA -PCH	2 SAAD autorisés (sur 31) actifs sur un territoire représentant 20% du département	Annexe 2	oui
01/01/2014	Sarthe	CPOM + conv. financières annuelles	-APA -PCH	-5 SAAD autorisés sur 6 -tout le département	Annexe 2	oui
01/01/2014	Territoire de Belfort	conv. de valorisat° de d'objectifs qualité	-APA	-un GCSMS, regroupe les SAAD qui participent à l'expérimentat° -tout le département	Annexe 2	non
01/07/2014	Ardèche	CPOM + conv. financières annuelles	-APA -PCH	-1 seul SAAD autorisé -6% du volume horaire de l'APA	Annexe 2	non
01/07/2014	Indre et Loire	CPOM + conv. financières annuelles	-APA -PCH	-6 SAAD autorisés sur 7 (un « petit » SAAD) et 1 agréé* -tout le département	Annexe 2	oui
A venir (au cours des mois prochains)	Gard					
	Isère					
	Pyrénées orientales					

Source : IGAS

* ces SAAD agréés sont tous associatifs

Quatre types de différences apparaissent à la lecture de ce tableau (et voir carte en annexe 2) :

- 8 départements ont commencé l'expérimentation avant 2014 ; 6 depuis le 01/01/2014, soit 14 au total (et 3 départements devraient commencer au cours de l'année 2015) ;
- tous les départements expérimentateurs appliquent les modalités de tarification des SAAD pour l'APA ainsi que pour la PCH (à l'exception de 4 d'entre eux qui ont limité l'expérimentation à la seule APA) ;
- ces modalités expérimentales concernent principalement des SAAD autorisés, mais pas exclusivement :
 - dans un département où les SAAD autorisés ne sont pas tarifés, 2 SAAD agréés participent à l'expérimentation et ont signé un CPOM ;
 - dans un autre département où le conseil général a créé une SEM pour reprendre l'activité de plus de 20 associations gestionnaires de SAAD et de 3 CCAS, cette SEM et un autre SAAD autorisé participent à l'expérimentation.

- dans 3 départements l'expérimentation n'est conduite que sur une partie restreinte du territoire.

[109] Quelques chiffres significatifs de ces départements rassemblés en annexe 3 permettent de préciser que :

- ces départements expérimentateurs qui, représentent environ 15% du nombre des départements pour environ 15 % de la population française ;
- ces départements ne peuvent pas être considérés comme représentatifs des départements (un seul département expérimentateur a une population supérieure à 1 million d'habitants ; alors que c'est le cas de 22 départements français).

[110] Cependant, ces 14 (+ 3) départements constituent un échantillon suffisant pour pouvoir apprécier les apports et les difficultés d'une évolution de la tarification des SAAD et pouvoir en tirer des enseignements.

2.1.2 Des expérimentations le plus souvent départementales, parfois infra-départementales

[111] Sur le plan juridique, l'arrêté autorise un SAAD sur un territoire d'intervention qui peut être tout le département ou une partie de celui-ci. L'agrément des SAAD agréés³⁸ est nécessairement départemental. Ces territoires juridiquement définis sont différents des territoires d'intervention effectifs des SAAD, qui autorisés ou agréés, recouvrent rarement un département.

[112] En pratique, la situation de chaque département s'explique largement par des raisons historiques qui remontent parfois à plusieurs dizaines d'années en arrière, avant la loi 2002-2³⁹.

[113] Face à ces situations héritées, les départements souhaitant entrer en expérimentations ont choisi une de ces options – tout le département ou une zone particulière- selon l'objectif recherché, la motivation des SAAD, leur situation financière, ainsi que le nombre de SAAD autorisés (ce nombre peut aller de moins de 10 à plus de 60 dans les départements expérimentateurs) ce qui peut rendre très compliquée la discussion, puis la négociation avec chacun d'entre eux. Ainsi :

- dans 11 départements, le conseil général a signé un CPOM (ou une convention semblable) avec tous (ou presque tous) les SAAD autorisés ;
- dans 3 départements, un tel accord n'a été formalisé qu'avec 1 ou 2 SAAD.

[114] De façon plus détaillée, on peut noter que :

- parmi les 11 conseils généraux qui ont souhaité signer un CPOM, avec tous les services autorisés, qu'ils déploient leur activité sur l'ensemble du territoire départemental ou seulement sur une partie de celui-ci, un seul conseil général s'est heurté au refus du SAAD le plus important du département ;
- les 2 départements qui ont souhaité s'engager avec un nombre limité de SAAD, qu'ils couvrent ou non tout le département, avant d'éventuellement étendre

³⁸ Les SAAD agréés sont en général de taille beaucoup plus petite (sauf le cas d'associations ayant opté pour l'agrément et celui d'une SEM créée dans le LOT à partir du regroupement d'associations).

³⁹ Les services associatifs de proximité (qu'ils soient fédérés, par exemple les ADMR ou non), à la différence des SAAD de CCAS, développés par une association généraliste ont pu bénéficier, à la suite de la loi 2002-2 étendant le régime de l'autorisation, d'arrêtés préfectoraux visant un territoire plus large que leur territoire effectif d'intervention.

l'expérimentation à d'autres services, ont expliqué ce choix par le volume d'activité des SAAD retenus et les capacités opérationnelles des services du conseil général ;

- le département qui a limité l'expérimentation à une zone géographique donnée (une agglomération de 30 000 habitants et les communes environnantes) avec les services autorisés opérant sur ce territoire a retenu ce choix à l'initiative d'un SAAD qui proposait d'entrer en expérimentation et décidé d'y inclure l'autre service autorisé qui opérait sur le même territoire pour des raisons d'égalité de traitement.

Dans un département (Pyrénées-Orientales), le conseil général a réussi à engager, en deux vagues, des discussions avec 14 SAAD puis les mener à leur terme et signer un CPOM. Mais 16 autres SAAD ne sont pas encore partie prenante, qu'ils n'aient pas été approchés et/ou en capacité de répondre aux prérequis (notamment en matière informatique).

2.1.3 La diversité des situations et des analyses

- **Une meilleure connaissance de la situation financière et du fonctionnement des SAAD**

[115] L'état de la situation financière des SAAD a pu jouer de deux façons mais a abouti à ce que les départements et les SAAD s'engagent pour des raisons différentes, presque opposées, dans le processus d'expérimentation :

- des situations financières dégradées rendant indispensable une « nouvelle façon de travailler » ;
- des situations financières saines permettant de se lancer dans des innovations.

[116] La volonté de commencer sur des bases saines s'est traduites de deux manières, d'une part, la réalisation d'audits ; d'autre part, l'apport de crédits à des fins de modernisation et/ou de restructuration.

[117] Pour les départements qui ont réalisé des audits avant le début du premier exercice de l'expérimentation, ils ont visé à bien connaître la situation de chaque SAAD. De toute façon utile pour la direction du SAAD, un audit est aussi indispensable pour que la contractualisation entre le Département et le SAAD soit établie sur des bases claires et partagées. Le refus d'un audit par un SAAD contrarie son entrée dans l'expérimentation.

[118] Ces audits ont porté sur le SAAD seulement ou ont été étendus à toute l'organisation gestionnaire. Ils ont étudié le fonctionnement et/ou l'organisation du SAAD, en cherchant à mieux comprendre la formation des coûts ; éventuellement dans la perspective de mise en place d'un tarif unique et la situation financière (comptes de résultats et bilan).

Le recours à des auditeurs externes avant une reprise par des auditeurs (contrôleurs de gestion) des services départementaux ou d'une société de conseil (l'Oise) a été utilisé dans plus de la moitié (Doubs / Pyrénées-Orientales / Sarthe / Lot ...) des départements expérimentateurs.

Les raisons qui expliquent cette démarche sont :

- la « neutralité » d'intervenants extérieurs facilite leurs constats (et recommandations)
- la nécessité d'intervenir en même temps dans plusieurs organismes gestionnaires de SAAD dépasse les capacités d'action des services d'audit du département
- les consultants d'assez nombreuses sociétés privées disposent de la technicité requise pour ces types d'interventions ... et peuvent transmettre une méthodologie co-construite avec les SAAD et les services du département
- le financement peut être assuré par des crédits de la section IV du budget de la CNSA.

• **La gestion des territoires et de l'offre**

[119] Les conseils généraux n'ont pas la même approche à l'égard de la concurrence, mais les différences semblent plus marquées dans les discours que dans l'action mise en œuvre, sur plusieurs points :

- les relations entre les SAAD autorisés ;
- les relations entre les SAAD associatifs qu'ils soient agréés ou autorisés ;
- les relations entre les SAAD agréés dont l'organisme gestionnaire est une société à but commercial (appelés ci-après SAAD agréés commerciaux⁴⁰) et les SAAD associatifs ;
- les moyens de la concurrence ou émulation : « concurrence par les prix » ; « concurrence par la qualité » ; « concurrence par les pratiques d'orientation (des professionnels des équipes médico-sociales) ».

[120] Les responsables départementaux (ou de SAAD) constatent que la part des interventions réalisées au titre de l'APA par des SAAD agréés commerciaux s'accroît, mais ne dépasse pas les 10% dans les départements expérimentateurs. En parallèle, ils observent une diminution de la part des prestations sous forme mandataire et rappellent que le recours au gré à gré n'est pas facile à observer⁴¹. Les constats de ces responsables, exerçant pratiquement tous hors région parisienne, sont les suivants :

- les SAAD agréés commerciaux se développent dans ou autour des agglomérations (où la population est plus dense et où une partie d'entre elle dispose de revenus plus élevés) ;
- les SAAD associatifs en milieu rural doivent supporter les coûts plus élevés liés, notamment aux temps et aux frais de transports ;
- les SAAD associatifs peuvent se livrer à une concurrence avivée au détriment d'un travail de mutualisation notamment des emplois du temps des intervenants.

[121] Dès lors, dans tous les départements expérimentateurs, les conseils généraux ont cherché à éviter les mauvaises concurrences entre SAAD, celles qui ont des effets destructeurs pour l'emploi et aucun bénéfice pour les personnes. L'objectif des départements qui font le choix de l'expérimentation est de permettre une concurrence, sur l'ensemble du territoire du département, sans se focaliser sur certaines zones et qu'ainsi, les personnes âgées puissent avoir, dans tout le département, le choix entre 2 SAAD au moins. Dans des zones rurales, ce choix peut être plus théorique qu'effectif. Il arrive que *« le risque de zone blanche soit bien plus répandu dans certaines parties du département que le risque d'un SAAD en monopole »*, selon un président de CODERPA et conseiller général.

2.2 De nombreux choix techniques, sous la responsabilité de chaque département

[122] Le cadre juridique des expérimentations fixé par les annexes à l'arrêté du 30 août 2012 rectifié apparaît très précis, mais se révèle très plastique ; ce qui a ouvert une large palette de choix « techniques » aux départements ayant décidé d'expérimenter. Ainsi, 10 caractéristiques peuvent être décrites.

⁴⁰ Cependant, l'existence de SAAD non tarifés et qui, dès lors, font payer leurs prestations dans le cadre de l'agrément a été observée dans 2 départements (Corrèze ; Territoire de Belfort).

⁴¹ Ces observations rejoignent celles de la DARES, voir DARES Analyses, février 2015, n° 10, ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, *Les services à la personne en 2013, un fort recul de l'emploi direct accentue la baisse de l'activité du secteur*.

2.2.1 Des points communs avec des mises en œuvre diverses

2.2.1.1 Des conventions avec une portée gestionnaire ou avec une valeur indicative

- [123] Selon les annexes, la signature d'un CPOM entre le département et les SAAD est une des conditions de l'expérimentation, mais elle est respectée différemment selon les départements.
- [124] Sur les 14 départements ayant signé des conventions avec les SAAD dans le cadre de l'expérimentation, 9 ont utilisé l'expression CPOM avec des conventions annuelles de dotations financières. Les autres départements ont contractualisé via des conventions pluriannuelles ; des contrats d'objectifs et de moyens ; des contrats de qualité de services ; des conventions de valorisation d'objectifs qualité. Ce type de document a permis à des départements de privilégier des engagements par étape ou concentrés sur certains objectifs précis.
- [125] La reprise dans un CPOM établi au niveau départemental des paragraphes des annexes de l'arrêté du 30 août 2012 permet surtout de préparer et d'engager des évolutions. En effet, les CPOM étudiés remplissent 4 fonctions de portée générale :
- constituer une déclaration de principe qui engage les parties, pour présenter la voie de changements qui seront menés en commun, département et SAAD ;
 - expliciter des indicateurs qui traduisent les objectifs à atteindre et les moyens à mettre en œuvre de part et d'autre ;
 - fournir l'occasion de présenter les grands principes de calcul des dotations versées par le département aux SAAD ;
 - permettre que les grandes lignes de cet accord pluriannuel soient discutées, avec tous les SAAD signataires afin de renforcer la cohésion entre ces structures qui sont, de fait, en situation de concurrence ou à tout le moins de stimulation dans la mesure où le conseil général ne souhaite pas ou ne peut pas organiser un gel des parts d'activité.
- [126] D'autres dispositions formalisées dans le texte du CPOM sont opérationnelles : le territoire d'intervention, des missions d'intérêt général, des modalités de gestion des personnels intervenant à domicile ; mais certaines sont apparues plus comme des intentions à retenir dans un avenir plus ou moins long.
- [127] Les départements expérimentateurs soulignent 1/ la référence à l'arrêté reprise dans une délibération du Conseil Général ; 2/ la signature d'un CPOM au sens large ; 3/ des relations financières avec des SAAD sous forme de dotation globale ; mais ils omettent de mentionner l'absence de changement dans les relations financières entre les SAAD et les bénéficiaires (de l'APA ou de la PCH).

2.2.1.2 Des options de tarification

- [128] Parmi les départements expérimentateurs, 13 ont retenu un mécanisme consistant à déterminer une dotation annuelle attribuée au SAAD (en référence aux annexes 2 et 2 bis) et 1 département a choisi l'annexe 3.
- [129] Pour les départements se référant à l'annexe 2, les principes de calcul prennent en compte :
- le nombre d'heures prévisionnel ;
 - le niveau estimé des versements des personnes au titre de leur ticket modérateur ;
 - le tarif de l'APA (le même pour tous les SAAD expérimentateurs, à une exception près).

[130] Peut s'ajouter à ces bases de calcul, la prise en considération :

- des niveaux de dépendance (GIR Moyen Pondéré ; GMP) des personnes âgées (la logique de la prise en compte est que plus la personne est dépendante, plus la régularité de l'intervention est nécessaire de même que la technicité requise) ;
- les distances kilométriques entre interventions (cette distance est consommatrice de temps et génératrice de frais de déplacements) ;
- le nombre (ou le %) de demi-heures⁴² (cette fragmentation des temps représente une contrainte d'organisation et d'intervention, et augmente les temps de transport) ;
- le niveau de qualification des personnels (associé à la qualité des interventions en même temps qu'il augmente les frais de personnels) ;
- les temps consacrés à la participation à des réunions de concertation ou d'analyse des pratiques pour améliorer les prises en charge et lutter contre l'isolement des intervenants.

Dans un département (Lot), les 2 SAAD qui participent à l'expérimentation, tiennent un compte précis de ces paramètres (à l'exception des ½ heures qui ne sont pas utilisées dans ce département). Ces indicateurs ont été fixés dans le CPOM et des valeurs repères sont fixées chaque année. Au cours des deux années d'expérimentation, les chiffres réalisés ont été conformes aux prévisions ; le montant de l'enveloppe globale n'a donc pas été impacté.

Dans un autre département (Doubs), les SAAD engagés dans l'expérimentation, produisent des données relatives notamment au GMP et au niveau de qualification des personnels, mais ces données ne produisent pas à ce jour d'effet sur le montant de la dotation allouée.

[131] L'objectif de ces modalités de calcul de la dotation versée aux SAAD est d'aboutir à une « juste rémunération des interventions pour l'APA »⁴³ et, le cas échéant, pour la PCH. Ainsi ne sont pas prises en considération les autres activités du SAAD telles que : des interventions comme service mandataire ; des activités financées par la CARSAT ou d'autres caisses de retraite ou organismes de prévoyance. Cependant, la traduction de ces paramètres dans les relations financières entre SAAD et département est apparue complexe et peu appliquée ; pour autant cette grille de compréhension du fonctionnement des SAAD n'en est pas moins utile, notamment pour les services du conseil général.

[132] Cette modalité de financement par dotation s'inscrit dans le cadre de l'article R.314-135 du CASF⁴⁴ bien que non mentionné dans les textes qui ont fondé les expérimentations.

[133] Corollaire obligée d'une « dotation globale » une procédure de régularisation après la fin de l'année permet de tenir compte des écarts entre prévision et réalité. Ces principes sont partagés dans tous les départements, mais les modalités peuvent évoluer au cours des expérimentations et des besoins pratiques du terrain :

⁴² Des interventions d'une durée d'un quart d'heure ont été mentionnées, mais signalées comme exceptionnelles car correspondant à des situations bien particulières.

⁴³ Selon les propos d'un élu départemental.

⁴⁴ I. - Par convention passée entre le département et le service d'aide à domicile, la rémunération de ce dernier peut, par dérogation aux dispositions de l'article R. 314-130, s'effectuer sous la forme d'une dotation globale de financement.

Le versement de cette dotation globale obéit aux dispositions du sous-paragraphe 1 du paragraphe 2 de la sous-section 3 de la présente section.

II. - La convention mentionnée au I ci-dessus peut, le cas échéant, avoir également pour signataires un ou plusieurs organismes de sécurité sociale afin d'incorporer, dans le versement de la dotation globale de financement, le montant des sommes versées par ces organismes au titre de leur action sanitaire et sociale.

Cette convention doit permettre de distinguer de façon précise les différentes activités du service prises en charge par chacun des financeurs. Elle fixe les conditions de versement de la dotation globale de financement.

- l'écart entre les prévisions et les réalités de l'activité au-delà duquel une régularisation s'impose : +/- 10% (en général, sinon +/- 5%) ;
- le type de décision prise en cas d'écart entre prévisionnel et réalisé ;
- l'instauration d'un dialogue de gestion s'appuyant sur des tableaux de bord et articulé en 3 phases : 1/ pour préparer la décision d'attribution ; 2/ pour faire le point en cours d'année (et modifier si besoin le niveau des versements mensuels) ; 3/ pour faire le bilan de l'année écoulée ; mais qui peut comporter une (ou plusieurs) autre(s) réunion(s).

[134] Les capacités de négociation de certains SAAD ne peuvent être négligées. En effet, les relations entre conseil général et SAAD ne se réduisent pas aux formules « *qui paye décide* » et « *la relation au client rend légitime* » ; ce qui explique des équilibres et des décisions variables selon les départements et les étapes de l'expérimentation.

[135] Pour le département ayant mis en place les modalités de tarification prévues dans **l'annexe 3**, le tarif des services est construit comme suit :

- un tarif relatif à des paniers de prestations socles déterminé sur la base de prestations de services précisément identifiées dans des plans d'aide type par prestation et par GIR définis dans un référentiel départemental ;
- un tarif complémentaire appelé "tarif service" qui valorise le différentiel entre les charges d'exploitation du service et le tarif de prestations socles. Ce tarif peut inclure le cas échéant une dotation pour compensation d'une couverture géographique en milieu rural, la reprise des déficits antérieurs et autorisés au sens des articles R. 314-51 et R. 314-52 du CASF, ainsi qu'une participation financière exceptionnelle du département limitée sur trois ans pour la restructuration du service.

2.2.1.3 Des outils de contextualisation pour affiner la dotation globale

- Un outil facilement disponible : les GIR (le GMP)

[136] La volonté d'utiliser l'outil CPOM pour arriver à paramétrer le mieux possible les moyens nécessaires pour réaliser les interventions auprès des personnes âgées s'est tournée dans plusieurs directions. Retenir le niveau de dépendance des personnes était d'autant plus logique que cette réalité constatée :

- fournit une indication intéressante sur le public de personnes âgées dépendantes du SAAD
- fonde une attention particulière (en termes de régularité et de technicité des interventions) pour les personnes les plus dépendantes (GIR 1 et GIR 2) ;
- n'est pas l'objet d'une stricte corrélation avec le nombre d'heures du plan d'aide ;
- est utilisée pour la tarification des EHPAD (d'ailleurs le GMP sert 2 fois : pour établir le forfait dépendance et le forfait soins) ;
- est facile à saisir (bien connue du conseil général et des SAAD).

Les services d'un département (Oise), on cherché à attribuer une valeur correspondant aux efforts nécessaires pour les différents GIR. Cette valeur a été calculée à partir d'études de terrain. Bien que satisfaisante dans ses principes, les responsables des SAAD considèrent que cette approche est difficilement compatible avec l'organisation des emplois du temps.

Dans plusieurs départements de (Doubs, Lot,...) le GMP est utilisé comme un indicateur et, surtout, accompagné d'une répartition entre les GIR, avec une attention particulière pour les GIR 1 et GIR 2 qui représentent une part minoritaire dans tous les SAAD en expérimentation, et parfois très minoritaire. Doubs : GIR 1 : 3 % ; GIR 2 : 14% ; Hérault ; GIR 1 : 2 % ; GIR 2 : 14% ; France métropolitaine – en 2011- GIR 1 : 3% ; GIR 2 : 17%⁴⁵.

[137] Les GIR 1 et 2 posent en effet des problèmes bien particuliers ; les personnes âgées dont la dépendance est classée à ce niveau sont :

- particulièrement fragiles et nécessitent plusieurs interventions chaque jour (dimanche et jours fériés compris) et de plusieurs natures (soins du corps ; aide personnelle) ;
- suivies / prises en charge en parallèle par un infirmier libéral ou un SSIAD ;
- l'objet d'une coordination interprofessionnelle / interinstitutionnelle.

[138] Pour peu que les intervenants du SAAD aient à compenser, les dimanches et jours fériés, une plus faible intervention du SSIAD (voire une absence dans certaines zones), la prise en charge d'une personne en GIR 1 ou 2 peut conduire à des coûts supplémentaires importants pour le SAAD. Ce point de vigilance a été signalé par tous les interlocuteurs de la mission.

• **Un nouvel outil en réflexion l'EMP (entourage moyen pondéré)**

[139] Egalement cité dans les annexes, l'EMP (entourage moyen pondéré) vise à prendre en considération la part d'aide et d'accompagnement assurée par des proches de la personne âgée, de l'objectiver, comme le fait le GMP pour la dépendance, afin de mieux comprendre les moyens que les SAAD doivent mettre en œuvre. Mais paramétrer cette réalité sociale se heurte à des difficultés de principe et d'ordre technique.

[140] Ceci explique, par exemple, que le département du Doubs qui a prévu le calcul de l'EMP, estime nécessaire de poursuivre les études sur la méthode d'évaluation de ce paramètre.

En plus du Doubs, qui n'a pas encore traduit l'EMP dans la détermination des dotations financières aux SAAD, deux autres départements expérimentateurs (l'Isère et le Pas-de-Calais) ont indiqué leur intérêt pour l'EMP. Les modalités, étudiées par ces départements, sont fondées sur une « grille d'isolement ».

[141] De toute façon, la prise en compte de l'EMP soulève les réserves suivantes :

- des biais pourraient être introduits par des proches lors de l'évaluation ;
- la fixation d'un « coefficient entourage » pourrait provoquer des tensions chez les proches ;
- dès à présent, de façon empirique et informelle, l'aide de l'entourage est pris en compte par les équipes médico-sociales pour évaluer si le maintien à domicile est possible.

2.2.1.4 La prise en compte des ressources humaines

[142] Les SAAD sont confrontés à plusieurs enjeux dans la gestion de leurs ressources humaines⁴⁶ dont les compétences et la motivation sont fondamentales pour la qualité du service qu'elles assurent auprès de personnes vulnérables (âgées et / ou handicapées) ; ainsi :

⁴⁵ Ces % sont calculés par rapport au total des personnes âgées bénéficiaires de l'APA à domicile (donc de GIR 1 à GIR 4).

⁴⁶ Les intervenants sont à plus de 95% des femmes, travaillant à temps partiel contraint.

- une élévation du niveau de qualification est nécessaire (et demandée) pour que les intervenants puissent remplir leurs fonctions ; or cette hausse de la qualification nécessite du temps de formation et se traduit en termes salariaux, donc de charges du SAAD ;
- la charge psychique (travail auprès de personnes dont le corps et/ou les facultés mentales, voire aussi l'état psychique sont dégradés) nécessite un travail de supervision et/ou d'analyse de pratiques, ce qui diminue les temps de travail facturables ;
- les troubles musculo-squelettiques ne peuvent être négligés⁴⁷ ainsi que les stress engendrés par des enchaînements trop rapides d'interventions (programmation de ½ heures) ;
- la qualité relationnelle avec les professionnels des équipes médico-sociales ainsi qu'avec les autres intervenants médicaux ou sociaux auprès des personnes âgées nécessite du temps, à la fois pour les intervenantes et pour les responsables de secteur, avec là aussi, une diminution des temps de travail facturables et/ou une augmentation des charges.

Dans un département, l'absentéisme⁴⁸ est un des indicateurs de modulation de la dotation qui figure dans le CPOM. Il a été choisi par ce département et le SAAD car l'absentéisme qui doit être renseigné pour le bilan social est un indicateur fiable et pertinent pour apprécier les conditions de travail des personnels.

[143] Les objectifs exposés dans le cadre de « l'expérimentation » sont propices en principe à la prise en compte des charges correspondant à une gestion du personnel adaptée aux missions remplies par ces intervenants à domicile, très majoritairement des femmes (aides et employés à domicile, auxiliaires de vie sociale et aides médico-psychologique⁴⁹). Si les expérimentations se veulent ambitieuses sur l'amélioration de la qualité de l'emploi, la mise en œuvre des objectifs s'avère souvent complexe et difficilement compatible avec les contraintes opérationnelles et pratiques des SAAD.

[144] Les moyens de l'expérimentation restent très limités sur cette question et ne permettent pas de résoudre ces problèmes de recrutement⁵⁰ et de gestion de personnel. Les expérimentations peuvent toutefois au cas par cas favoriser des mesures de promotion. Dans un département (Doubs), un organisme gestionnaire de SAAD et de SSIAD a expliqué que le SAAD pouvait être une étape permettant à des personnels peu qualifiés d'évoluer vers des postes à plus haut niveau de qualification du médico-social ou de rejoindre un EHPAD.

2.2.1.5 L'identification de missions d'intérêt général (MIG)

[145] L'expression « mission d'intérêt général » (MIG) s'est progressivement introduite en droit français, prenant la place de « mission de service public » traduisant le remplacement de la notion de « service public » par la notion « d'intérêt général ». Un changement semblable se retrouve dans l'émergence de l'expression « service sociaux d'intérêt général » (SSIG) puis son application en droit positif français.

⁴⁷ Les lèves malades peuvent ne pas être partout installés ou utilisés.

⁴⁸ L'étude menée à l'initiative de la DIRECCTE Nord – Pas de Calais sur *Les mutations de l'aide à domicile en région Nord – Pas de Calais ; synthèse de la Direccte, n° 22 ; mai 2013* confirme (voir p. 22 à 24) l'importance des arrêts de travail dans le SAAD.

⁴⁹ Si l'on se réfère à l'article R314-132 du CASF.

⁵⁰ Dans de nombreux départements (en région parisienne, dans des territoires frontaliers), les différences de rémunération et la pénibilité des tâches de l'aide à domicile pénalisent l'attractivité des SAAD. Dans ce contexte où les recrutements de qualité sont difficiles, avec des taux d'absentéisme souvent élevés (de l'ordre de 15%) et des plannings d'intervention peu flexibles, la mise en œuvre d'actions de formation s'avère très délicate. Pour ces raisons, un département (Oise) incite, dans le cadre de l'expérimentation, les SAAD à mutualiser leurs actions de formation.

- [146] Dans le domaine de la santé, l'utilisation de l'expression « mission d'intérêt général » s'est fortement développée depuis 2004 - 2005⁵¹ pour décrire certaines activités d'établissements de santé qui, tout en étant situées dans le cadre général de l'activité de ces établissements, s'adressent à des publics spécifiques ou requièrent des technicités particulières⁵².
- [147] Au contraire, l'expression « mission d'intérêt général » reste encore peu utilisée dans le domaine social et médico-social ; elle est absente du CASF.
- [148] Il n'en est que plus remarquable que l'arrêté du 30 août 2012 consacre quelques paragraphes aux MIG, essentiellement, dans son annexe 2⁵³, au paragraphe 3 et au paragraphe 6.3⁵⁴ qui traite « les compensations financières spécifiques (CFS) ». Ce paragraphe 3 opère une distinction entre « *Missions d'intérêt général* », « *Missions d'intervention* » et « *Missions de prévention* », mais cette distinction n'a pas été spontanément utilisée par les interlocuteurs de la mission.
- [149] Dans les documents contractuels (CPOM ou autres), sont le plus souvent mentionnés des types d'action comme « *lutte contre l'isolement* », « *aide aux aidants* », « *lutte contre la malnutrition et la déshydratation* » ; mais sauf dans un département (Lot) la logique de compensation qui était présentée dans l'arrêté n'est pas quantifiée.
- [150] Le CPOM permet l'articulation entre « aide et accompagnement » et prise en considération d'actions complémentaires (formation des intervenants ; groupe de paroles ; ...). Mais le financement de ces actions n'est pas nécessairement prévu dans le CPOM ; ainsi dans un département pour une action d'aide aux aidants portée par un SAAD, ayant signé un CPOM mais qui subissait une forte baisse de ses crédits.

2.2.2 Des choix différents à l'égard des usagers

- **Le niveau de fixation du tarif de prise en charge de l'APA, avec, éventuellement un traitement identique de tous les SAAD, qu'ils soient autorisés ou agréés**

- [151] Dans le cadre de la législation en vigueur hors expérimentation, la diversité des tarifs des SAAD autorisés est le résultat logique du mécanisme de tarification et il en est de même en ce qui concerne le niveau d'aide allouée (APA) pour les SAAD agréés.
- [152] L'introduction de l'APA, a conduit des départements à distinguer un tarif permettant de calculer l'APA prise en charge par le département, ainsi que le ticket modérateur et le tarif de financement des SAAD autorisés.

⁵¹ La définition des MIG, ainsi que celle des MERRI (mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation) sont devenues indispensables pour la gestion des établissements de santé dès lors qu'était décidée la tarification à l'activité (T2A).

⁵² Ces caractéristiques fondent le versement de dotations ad hoc, complémentaires au versement des moyens liés à l'activité générale de l'établissement. Cette évolution a été progressive et méthodique. Le domaine de la santé se révèle précurseur, à la fois dans l'adaptation du droit français aux normes européennes et dans leur présentation (voir L'application des dispositions concernant les aides d'État aux établissements de santé, p. 277 à 279 en annexe du Guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général (MIG), joint à la circulaire du 19 février 2013 de la Direction générale de l'offre de soins – DGOS).

⁵³ Et aussi dans son annexe 1 au 2.2 ainsi que dans son annexe 3 (mais les informations qui figurent dans la dernière ligne du tableau consacré aux modalités de tarification sont beaucoup moins nombreuses que dans l'annexe 2) ; l'annexe 2 bis comprend environ les mêmes informations qu'à l'annexe 2.

⁵⁴ Voir en annexe 1 la présentation de ces deux paragraphes de l'annexe 2 de l'arrêté du 30 août 2012.

[153] En parallèle est défini un tarif de prise en charge pour les bénéficiaires de l'APA recourant à un SAAD agréé, dont le niveau est défini selon des modalités très variables d'un département à l'autre ; la base juridique souvent citée est la circulaire ministérielle ANSP/DGEFP/DGAS n° 1-2007, du 15 mai 2007 sur l'agrément des organismes de services à la personne qui recommande des modes de calcul⁵⁵.

[154] Les principes de l'expérimentation imposent un nouveau regard sur ces mécanismes tarifaires et tendent dans pratiquement toutes les expérimentations vers un tarif unique pour les SAAD expérimentateurs de prise en charge par le département en cohérence :

- du point de vue des SAAD et du département, avec la logique de convergence tarifaire ;
- du point de vue des usagers, avec la recherche de choix guidés par la qualité des services.

[155] Ainsi, dix départements ont décidé de mettre en place dans le cadre de l'expérimentation un tarif unique pour l'utilisateur. Le financement des SAAD est alors compensé soit par des dotations complémentaires allouées par le conseil général, soit dans le cadre d'une revalorisation des heures effectuées en fonction des paramètres d'intervention. Les SAAD concernés peuvent ainsi faire valoir des interventions de qualité sans que le déterminant du prix ne dissuade l'utilisateur d'y recourir.

- **Le reste à charge payé par la personne âgée sous la forme d'un abonnement (ou forfait mensuel) ou en fonction des heures effectuées**

[156] L'innovation constituée par le paiement d'un « forfait » ou abonnement est un changement majeur dans les pratiques et qui ont imposé, comme le mécanisme de calcul de dotation globale retenue, une dérogation apportée par la loi. En effet, l'application des articles R.232-11 ; et R.314-130 et suivants du CASF s'opposaient aux marges de souplesse pouvant être déduites des articles L.232-3 et R.232-8.

[157] Le mécanisme d'application générale avant l'expérimentation, pour tous les types d'interventions, en gré à gré comme pour un SAAD prestataire, était fondé sur les deux règles suivantes :

- le plan d'aide constitue un maximum ;
- seulement les heures effectuées servent de base au calcul des paiements (par le département au titre de l'APA et par le bénéficiaire).

[158] Par leur accord, les bénéficiaires de l'APA s'engagent à payer le reste à charge pour un service correspondant à un nombre d'heures mensuel prédéterminé, mais modulable selon certaines modalités, aussi l'expérimentation a cherché et obtenu une meilleure adéquation entre les plans d'aide octroyés et leur réalisation, sécurisant ainsi l'organisation des interventions des SAAD.

[159] La mise en œuvre de la forfaitisation du ticket modérateur pour l'utilisateur est en général précédée d'une révision des plans d'aide et accompagnée d'une meilleure calibration des nouveaux plans d'aide qui servent de base au calcul du forfait. Avec des plans d'aide revus et mieux consommés, le département dispose d'un outil plus précis et fiable de prévision budgétaire, ainsi :

- pour les SAAD, la gestion des plannings est facilitée ;

⁵⁵ « ... il est préconisé de calculer ce montant soit sur la base du tarif prestataire de référence fixé par le Président du Conseil général, soit de la moyenne des tarifs que ce dernier a arrêté pour les différents services prestataires d'aide à domicile ».

- pour les personnes âgées et leur entourage, notamment familial, il peut éviter de poser la question de l'aide des proches sous le seul angle des dépenses (le reste à charge s'il y en a un).

[160] Les modalités de « report » d'heures dépendent aussi de choix départementaux et des problématiques auxquelles ils ont eu à faire face. Ainsi des départements prévoient un report d'heures à apurer sous trois mois, tandis que d'autres prévoient que celui-ci ait lieu sur une année entière.

[161] Enfin, les modalités de suspension du forfait en cas d'imprévu ou de décisions de l'usager sont également variables d'un département à l'autre. La plupart des départements ont prévu une suspension du forfait en cas d'hospitalisation, mais le délai avant suspension peut fortement varier d'un département à l'autre puisqu'il peut débuter au cinquième jour d'hospitalisation comme au trentième.

- **Une évolution des modalités d'intervention de l'équipe médico-sociale pour la définition du plan d'aide, en relation avec les personnes concernées et le SAAD**

[162] Le « plan individualisé d'intervention » mentionné dans l'annexe 2 de l'arrêté du 30 août 2012 est lourd et peu pragmatique aux yeux de la plupart des responsables. Les procédures mises au point dans chaque département entre personne âgée, professionnel du conseil général et des SAAD, sont plus simples. Elles insistent sur la coordination entre « responsable de secteur » du SAAD et équipe médico-sociale et, enfin, ont recours à un vocabulaire qui se sert de l'expression « plan d'aide » et la complète avec un adjectif : « proposé », « accepté », « réalisé ».

[163] La révision du plan d'aide (du plan d'intervention individualisé) est abordée succinctement dans les textes de référence de l'expérimentation au point 7.2 de l'annexe 2⁵⁶ et détaillée dans les CPOM de 4 départements. Pourtant les rigidités et les délais de révision des plans d'aide ont des conséquences pratiques, dont la possible majoration des besoins d'aide pour se prémunir d'une révision en cas de dégradation de l'état de santé⁵⁷.

[164] A la flexibilité ouverte par les principes de l'expérimentation, s'ajoute, le plus souvent, des « circuits d'urgence » entre responsable de secteur du SAAD et un correspondant au sein de l'équipe médico-sociale. Ceci renvoie plus généralement aux moyens organisationnels déployés par le conseil général, directement au sein de ses services, ou via des centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) ainsi qu'indirectement par des SAAD dont il finance les frais dits « de structure ».

- **Des interventions pour des personnes âgées bénéficiaires de l'APA et pour des personnes bénéficiaires de la PCH**

[165] Les départements expérimentateurs ont fait le choix de conclure un CPOM et / ou de s'engager pour une dotation globale avec des SAAD polyvalents, pour leurs interventions au domicile de personnes âgées et / ou de personnes handicapées ou dans deux départements avec un SAAD spécialisé pour les personnes handicapées.

⁵⁶ Un bénéficiaire dont le plan d'aide apparaît structurellement sous-dimensionné ou surdimensionné au regard des ses besoins ou de l'utilisation qu'il en fait peut en demander la révision au conseil général, ce qui permettra d'ajuster sa participation financière à la hausse ou à la baisse.

⁵⁷ Ce serait une des explications de l'important pourcentage de plans d'aides « saturés » pour des personnes en GIR 1.

2.3 La mise en pratique des engagements entre le conseil général et les SAAD

2.3.1 Un nouveau pilotage des dépenses du département

[166] Une des motivations premières des conseils généraux qui choisissent de conduire des expérimentations est de mieux piloter la dépense publique, et tout particulièrement les dépenses d'APA.

- **Une évolution des procédures de tarification**

[167] Dans le cadre classique de la procédure de tarification, les services doivent remettre les propositions budgétaires et leurs annexes⁵⁸. Celles-ci, validées à la suite d'une procédure contradictoire, permettent de déterminer différents tarifs pour le service selon le niveau de qualification des intervenants. Ces tarifs tiennent compte des frais de structure et éventuellement des résultats antérieurs. A la clôture de l'exercice, le service établit et remet avant le 30 avril au conseil général un compte administratif.

[168] Dans le cadre de l'expérimentation, les conseils généraux ont dans leur ensemble maintenu les exigences de la procédure classique de tarification et s'appuient notamment sur le compte administratif. Mais la procédure contradictoire est remplacée par les dialogues de gestion. Par ailleurs, les conventions signées dans le cadre de l'expérimentation prévoient la remise au conseil général d'indicateurs de fonctionnement du SAAD. Ces exigences nouvelles doivent permettre une meilleure connaissance des SAAD, une fiabilisation de l'information comptable sur les prestations financées par le conseil général et une meilleure comparabilité des services. Elles nécessitent des efforts supplémentaires significatifs pour les SAAD et demandent des analyses par les services départementaux.

[169] Dans ce cadre, les choix opérés en matière de télégestion s'avèrent cruciaux. En effet, si les systèmes retenus par les SAAD ne sont pas interopérables avec les systèmes du conseil général ou si ces systèmes ne permettent pas l'extraction aisée des indicateurs attendus, les échanges d'information sont complexes, voire quasi impossibles.

Dans un département (l'Oise), l'annexe 4 du CPOM intitulée « Indicateurs de suivi de l'activité, financier et qualitatif trimestriel » prévoit la collecte d'informations via 7 tableaux. Mais les systèmes de télégestion des SAAD ne permettent l'extraction automatique des données demandées.

- **Une meilleure maîtrise des dépenses du département, non exempte de risques**

[170] Dans les départements qui ont retenu une dotation globale, le CPOM fixe pour chaque service un objectif d'activité assorti d'une dotation financière. Huit départements ont décidé de verser a priori 90% de la dite dotation, deux 95% et un 100%.

[171] Seul un département a prévu les clauses explicitant les engagements du conseil général dans les cas où l'objectif réalisé serait inférieur à 90% de l'objectif retenu ou au contraire, dans le cas où l'objectif de 100% serait dépassé.

[172] La rédaction de ces clauses de fonctionnement de la dotation s'avère une condition essentielle pour la maîtrise des coûts de l'expérimentation ; elle nécessite une relation de confiance entre les signataires pour faire face aux écarts constatés en fin d'exercice. Les expérimentations ont montré que l'importance de l'écart (+ ou - 10% ; + ou - 5%) ne peut résulter d'un choix a priori mais doit être affiné au fil des exercices, en tenant compte des contextes d'activité.

⁵⁸ Etablies conformément aux dispositions des articles R.314-4 à R.314-20 du CASF.

Dans l'Ain, le CPOM prévoyait une dotation globale annuelle ferme et définitive, sauf en cas de baisse supérieure à 10% du nombre d'heures APA réalisées. Le département a été amené à réviser cette clause à 5% de l'activité, puisque dans la pratique certains SAAD qui avaient effectué entre 90% et 95% de leur objectif devaient recevoir 100% de dotation, tandis que d'autres ayant dépassé leur objectif réclamaient au département le paiement des heures réalisées en plus. Pour maîtriser l'enveloppe allouée au financement APA, le conseil général a dû adapter la règle.

Dans le département de l'Ardèche, le calcul de la dotation forfaitaire repose sur deux enveloppes:

- l'une est liée à l'activité prévisible ; elle est égale au nombre d'heures défini pour l'année N (au regard de l'année N-1) multiplié par le coût réel de l'intervention.
- l'autre est calculée en fonction d'objectifs qualitatifs ; elle vise 5 items : mettre en œuvre des outils de dialogue de gestion ; développer et moderniser des outils de télégestion ; améliorer les outils de la loi de 2002-2 ; renforcer les partenariats et la coordination avec l'Unité territoriale des services sociaux du conseil général et développer des actions de diversification de l'offre de service. Elle est calculée en multipliant le nombre d'heures défini pour l'année N par un tarif de référence pour la prise en charge des interventions des SAAD (soit 20,25€ en 2014).

Ainsi en 2014 du 1er juillet au 31 décembre, 807 852€ soit 783 619€ au titre de l'activité et 24233€ au titre des objectifs étaient prévus.

Le CPOM prévoit un versement au 1/12ème de 90% de la dotation prévue. La première enveloppe est libérée au vu des résultats quantitatifs et les 10% de l'enveloppe objectifs sont versés après un bilan qualité.

• **La difficile conciliation entre convergence tarifaire et spécificité des SAAD**

[173] Si aucun département ne s'est fixé comme objectif du CPOM une convergence tarifaire stricte peu réaliste dans les faits, la réduction des écarts de tarif entre les SAAD n'en demeure pas moins un objectif majeur. Les informations⁵⁹ transmises par les services permettent de mieux comprendre les différences de coûts des structures et de mieux objectiver les différences tarifaires.

[174] Dans le cadre du dialogue de gestion, le conseil général peut orienter les SAAD vers des progrès de gestion ou d'organisation qui permettent de rapprocher les coûts constatés et les tarifs pratiqués. Par exemple, des hypothèses de mutualisation de moyens entre services, de meilleure adéquation entre qualification du personnel et technicité des actes, de recentrage sur un territoire donné peuvent être envisagées puis mises en œuvre.

Les limites de la transparence budgétaire :

Afin de favoriser les évolutions, des conseils départementaux ont rendu accessibles à tous les SAAD les principales données de l'ensemble des services (ratio d'encadrement, frais de personnel et de structure..) et ont réalisé une partie des dialogues de gestion de manière collégiale. Si cette approche permet aux SAAD de disposer de repères financiers et peut générer une émulation, elle peut aussi s'avérer source de tensions et briser la dynamique collaborative instaurée entre eux. Aussi, les départements sont revenus à des dialogues bilatéraux.

Si la volonté de se rapprocher de la convergence tarifaire et de mieux partager les données budgétaires apparaissent comme des outils puissants pour inciter les SAAD à améliorer leur gestion, ils présentent néanmoins des limites opérationnelles lorsque les écarts sont trop importants et anciens.

- La persistance d'écarts de coûts de revient et la reprise des déficits

[175] A l'exception d'un cas où l'expérimentation porte sur un SAAD dont les coûts de revient sont inférieurs au tarif retenu dans la convention, les conseils généraux se sont engagés avec des dotations complémentaires à compenser en partie ou dans leur intégralité les écarts. La compréhension et la réduction des écarts de coûts deviennent un lourd enjeu pour la maîtrise des dépenses du conseil général.

[176] La question de la gestion des déficits et des excédents réalisés dans le cadre de l'expérimentation s'avère alors hautement sensible pour les conseils généraux. Quatre départements n'ont pas envisagé de reprise des résultats, positif ou négatif. Deux départements inscrivent la gestion des excédents à l'ordre du jour du dialogue de gestion et l'un d'entre eux prévoit une reprise éventuelle des déficits justifiés. Un autre département a décidé que les excédents seraient acquis au SAAD et que les déficits pourraient éventuellement être repris dans le cadre du dialogue de gestion. Sept départements n'abordent pas ce point dans les conventions au risque de générer des malentendus avec les SAAD.

Dans le Doubs, le département a fait le choix d'un tarif unique pour les usagers et a prévu des objectifs de convergence, notamment sur les coûts de gestion et d'encadrement. Après plusieurs années de fonctionnement du CPOM, les écarts de coûts entre les SAAD se sont accrus ; un service réalise, après des efforts de restructuration, d'importants excédents et un autre service doit faire face à des déficits. Face à cette situation, le conseil général se pose la question de l'affectation des excédents, mais aussi du montant des dotations à allouer à chaque SAAD.

[177] La bonne gestion des conventions nécessite un traitement équitable et une responsabilisation collective des SAAD dans la mesure où la gestion des uns et des autres a des répercussions sur l'ensemble du système mis en place par l'expérimentation.

2.3.2 Les limites de ce type de pilotage

- **L'équilibre général du CPOM peut se trouver modifié par la décision unilatérale d'une des parties signataires.**

[178] La signature d'un CPOM ne porte que sur les activités financées par le département et n'engage pas les parties au-delà. Des décisions d'un conseil d'administration d'un SAAD peuvent avoir de lourdes conséquences. Ainsi en est-il de la reprise par un SAAD sous CPOM d'un SAAD d'un autre département, très déficitaire depuis plusieurs années. Dans ce cas, le département doit faire face à un risque financier sur lequel il n'a pas eu de prise et qui modifie une donnée importante de la gestion financière du SAAD avec lequel il est engagé dans le CPOM.

[179] Dans un autre cas, le département a demandé instamment à un SAAD de reprendre les activités d'un SAAD en difficultés. Cette reprise s'est traduite par une forte et durable dégradation de la situation financière du SAAD expérimentateur qui, à son tour, se trouve en déficit.

[180] La conclusion d'un CPOM et la logique de l'expérimentation demandent que chacun des partenaires se tiennent à juste distance pour que les relations de confiance soient maintenues tout au long de la convention. La confiance a été jugée par tous les acteurs comme une condition sine qua non de l'expérimentation, car de nombreux déterminants ne peuvent être aisément résumés dans des données quantifiées ou prévues a priori.

- **Les écarts atypiques d'activités**

- [181] Sur le plan financier strict, les risques sont encadrés par les mécanismes d'ajustement des dotations globales, en cas d'écarts activité prévue / activité réelle compris dans une fourchette de + ou – 5% ou 10 %, selon les départements.
- [182] Les écarts atypiques, supérieurs ou en retrait, placent le département et les SAAD dans des situations délicates : d'un côté, devoir rembourser le département ou, de l'autre, si les versements ne correspondent pas à l'activité (et aux charges pour la réaliser), attendre le versement d'un complément du département qui doit être négocié. Or, la plupart des départements fixent explicitement ou implicitement un plafond global de dépenses qu'ils ne souhaitent pas dépasser dans le cadre des CPOM.
- [183] Le pilotage au plus près du volume global de l'activité des SAAD, mais également de chacune des structures en CPOM, devient un enjeu de la réussite de l'expérimentation. Une convention financière annuelle permet d'ajuster les prévisions et les versements pour limiter le risque avec des données calculées au plus près des réalités. A ce jour, les départements n'ont pas eu à exiger le remboursement d'indus et ont pu, dans la cadre du CPOM, ajuster les versements lors de l'année n+1. En ce qui concerne la prise en charge d'augmentation de l'activité au-delà des volumes actés en CPOM (ou les avenants annuels), les départements adoptent des positions différentes qui font l'objet de négociations avec le SAAD dans le dialogue de gestion de fin d'année et dans la convention financière de l'année n+1.
- [184] Dans le domaine du handicap, les aléas d'activités des SSAD sont plus forts. Si les SAAD polyvalents n'ont pas fait part de difficultés trop aigües, sauf s'ils sont petits et que les interventions auprès de personnes handicapées représentent plus de 20% de leur activité, les SAAD spécialisés pour les personnes handicapées sont face à un risque important. Les plans PCH sont moins nombreux, en règle générale plus important en nombre d'heures, le volume d'activités d'un SAAD spécialisé peut connaître de fortes et brutales variabilités. Un dialogue de gestion très suivi et outillé avec une télégestion entre le SAAD et le département est l'indispensable outil de pilotage pour les deux parties. Le pilotage de ce type de CPOM demande plus de tableaux de bord mensuels. La télégestion est indispensable (smartphones, plateforme sécurisée avec le conseil général sur les heures faites et les absences). Cela exige de beaucoup anticiper l'évolution de besoins et des financements.

La mise en œuvre du CPOM entre le SAAD « SESVAD- APF » et le conseil général des Côtes d'Armor

Le SAAD gère en mode prestataire 105 000 heures. Une variation est considérée comme importante à partir de 5 000 heures, ce qui peut correspondre aux besoins de 2 ou 3 personnes. Une enveloppe globale est versée mensuellement au SAAD par le conseil général. La marge de souplesse est de + ou – 5% dans la réalisation du plan d'aide. Ce qui permet une gestion souple, si besoin, les fins de semaine ou en cas de vacances ou d'hospitalisation. La marge vis-à-vis du conseil général est de + ou -10%. Comme l'indiquait la directrice du SAAD : « *A partir d'un langage commun aux responsables politiques, aux cadres des 3 services du conseil général (tarification, PCH-APA, système d'information), les réunions de dialogue de gestion- au minimum trois fois par an, en octobre/novembre, en avril/mai et en juin- ont permis de maîtriser les aléas d'activité alors que le conseil général ne reçoit les factures qu'à N+1.* ».

2.3.3 De nouveaux outils pour les SAAD

- **Une sécurisation des ressources et une trésorerie plus fluide**

[185] Parallèlement à l'expérimentation, des apports financiers ont été utilisés pour assainir, si besoin, la situation financière du SAAD afin que l'activité dans le cadre de l'expérimentation n'ait pas trop à souffrir des conséquences de déficits accumulés au cours des exercices antérieurs. L'ensemble des crédits du fonds de restructuration, mais aussi de la CNSA, alloué au cours des dernières années ont conforté à court terme la situation financière des SAAD mais, du point de vue de l'évaluation de l'expérimentation, ces apports financiers ne facilitent pas l'appréciation de ce que l'expérimentation a apporté en termes d'équilibres structurels.

[186] Les avantages financiers du département valent aussi pour les SAAD qui disposent d'une sécurisation de leurs ressources annuelles. En effet, sur les 14 départements ayant signé une convention, 13 ont retenu l'approche de l'annexe 2 avec la mise en place d'une dotation globale en partie sécurisée. Pour le département ayant retenu l'approche de l'annexe 3, des dotations spécifiques ont été prévues pour permettre de palier, après validation par les services du conseil général lors du dialogue de gestion, les déficits autorisés éventuels.

[187] Le département s'engage à verser 90% (pour 8 départements), 95% (pour 2 départements) voire 100% (pour un département) d'une dotation définie en début d'exercice en fonction d'objectifs quantitatifs et qualitatifs fixés pour chaque SAAD. La libération du pourcentage de dotation résiduel est conditionnée à l'atteinte de ces objectifs. Ainsi, si ces objectifs sont correctement calibrés, chaque SAAD peut connaître à 10% près le montant de la dotation.

[188] Par ailleurs, tous les départements ont prévu dans leur convention le versement par douzième de 90%, 95% ou 100% de la dotation ou le versement d'acompte pour le département ayant opté pour l'annexe 3, ce qui permet d'assurer une meilleure trésorerie, puisque les services disposent des ressources au moment où elles engagent leurs frais (essentiellement, liés aux salaires). Ainsi, ils ne sont plus tributaires de la lourde gestion par le conseil général de la facturation des SAAD, qui impliquent bien souvent un paiement avec un différé de l'ordre de deux mois. Enfin, les versements directs de l'APA aux SAAD expérimentateurs, tels que prévus dans l'arrêté, limitent le risque d'impayés au ticket modérateur que l'utilisateur paye au SAAD. Dans l'expérimentation, le principe du tiers payant est inclus dans le CPOM et écarte donc tout risque de ce côté-là.

- **Davantage de souplesse dans le fonctionnement des SAAD**

[189] Dix départements ont choisi de forfaitiser le reste à charge de l'utilisateur. Certaines des conventions signées entre le conseil général et les SAAD ont prévu les modalités de fonctionnement du forfait, ainsi 3 départements prévoient une souplesse de plus ou moins 10% par rapport au plan d'aide, et 3 prévoient une souplesse dans la limite du plan d'aide.

De plus parmi ces 6, trois précisent en plus les modalités de suspension du forfait. Pour les autres, ces modalités ne figurent pas dans les conventions et ont dû faire l'objet de réflexion postérieure et d'adaptations face aux problèmes rencontrés. Ceci a généralement fait l'objet d'annexe ou de notes d'information en marge des conventions signées.

[190] Dans leur ensemble les responsables des SAAD rencontrés mettent en avant les bénéfices de la souplesse de gestion et de la responsabilisation des personnels qui n'ont plus, comme seule référence, les heures effectuées.

- [191] Si les SAAD sont moins contraints dans la mise en œuvre des plans d'aide, cette marge de manœuvre est relativement limitée et un seul département a véritablement délégué la possibilité pour les SAAD d'ajuster les plans d'intervention. Ce point est délicat et les SAAD ne sont pas parvenus à un consensus ; certains sont en faveur d'une plus grande autonomie, tandis que d'autres ne souhaitent pas prendre la responsabilité de la définition des plans d'intervention, dans l'état actuel de leur fonctionnement.
- [192] Par ailleurs, l'application du forfait (ou abonnement) n'annule pas tous les risques pour les SAAD en expérimentation selon le mode de calcul qui est retenu pour le paiement du forfait en cas d'indisponibilité du bénéficiaire. Les modalités sont très différentes d'un département à l'autre, mais elles distinguent toujours le calcul de la dotation du département qui prend en compte, ex ante, des heures prévisionnelles ainsi qu'une estimation du ticket modérateur moyen et les heures effectivement réalisées.
- [193] Compte tenu du calcul de la dotation globale, il peut y avoir un risque pour le SAAD si les heures non réalisées peuvent glisser sur l'année calendaire ou civile. Le report d'heures suppose que les heures récupérables dans la limite du plan d'aide soient demandées par le bénéficiaire et qu'elles puissent être effectivement réalisées par le SAAD dans le calendrier prévu. A défaut, le SAAD pourrait devoir rembourser des sommes aux usagers.
- [194] Des départements ont adopté la règle du demi-forfait qui dès le 15ème jour d'indisponibilité suspend le paiement et ouvre droit à un volume équivalent au nombre d'heures qui n'ont pas pu être réalisées afin de répondre aux besoins des personnes, mais aussi pour permettre aux SAAD d'atteindre leur activité prévisionnelle.
- [195] Enfin, la gestion du forfait et le suivi des heures à reporter peuvent être sources de difficultés et de coûts de gestion. En effet, les SAAD doivent suivre, en fonction de règles plus ou moins complexes selon les départements, le volume d'heures payées par le bénéficiaire mais non réalisées. Là encore, les fonctionnalités des systèmes de télégestion sont un élément clé pour réduire les coûts de gestion associés à ces nouvelles exigences.

Dans la Sarthe, la Fédération ADMR a souligné les difficultés liées à la gestion du forfait et indiqué que le suivi du report des heures pour les usagers nécessitait un ETP.
Exemple : Hospitalisation du 17 janvier au 23 février, le forfait est suspendu à partir du 31^{ème} jour d'hospitalisation

Janvier	=>	Forfait complet avec report des heures au prorata du plan d'aide non réalisé du fait de l'hospitalisation
1 ^{er} février au 16 février	=>	Forfait au prorata sur cette période avec report des heures au prorata du plan d'aide non réalisé du fait de l'hospitalisation
17 février (31 ^{ème} jour d'hospitalisation) au 23 février	=>	Pas de forfait facturé
24 février au 28 février	=>	Forfait au prorata sur cette période

- **un même tarif arrêté par le conseil général pour tous les SAAD**

- [196] Cette approche n'est pas exempte de risques. D'une part, le conseil général peut se trouver confronté à des dérives inflationnistes, puisque les coûts des SAAD peuvent dériver sans que les prix servent d'alerte. Si l'émulation n'efface pas les tensions entre les SAAD, lorsque l'un d'entre eux ne parvient pas à rationaliser ses coûts, elle a toutefois des effets vertueux et favorise, sous certaines conditions, l'équité entre les usagers.

2.4 Les conséquences de l'expérimentation pour l'utilisateur

2.4.1 Le respect du libre choix

- [197] Pour l'utilisateur les conséquences de l'expérimentation peuvent être multiples selon les modalités de mise en œuvre retenues par le département. Dans les départements qui souhaitent canaliser la concurrence entre les SAAD associatifs et davantage sectoriser les interventions des SAAD, l'expérimentation laisse place pour le libre choix de l'utilisateur qui peut, outre les SAAD autorisés (en règle générale deux) recourir aux SAAD agréés de son secteur ou contractualiser en gré à gré.
- [198] Dans les zones isolées, avec des densités de population faibles les conseils généraux se sont efforcés de valoriser les dotations ou de majorer le tarif des heures d'intervention. Par ailleurs, pour éviter toutes zones « blanches » le conseil général a assigné des territoires d'intervention obligatoire dans la convention.

Dans le Doubs, les SAAD impliqués dans l'expérimentation sont libres d'intervenir sur tout le territoire, néanmoins, sur certaines zones qui leur sont spécifiquement confiées, ils ne peuvent pas refuser la prise en charge des personnes.

2.4.2 La maîtrise du reste à charge : tarif de solvabilisation et tarif unique

- [199] Dans les expérimentations, le tarif appliqué à l'utilisateur ne correspond pas à celui qui serait nécessaire à l'équilibre financier du SAAD. Ce choix résulte d'un équilibre pragmatique entre une maîtrise des dépenses du conseil général et une prise en compte de la capacité de financement des usagers. Le bénéficiaire ne supporte plus l'intégralité des coûts de structures et éventuellement les déficits antérieurs du service auquel il fait appel.
- [200] Pour les territoires faiblement desservis par les SAAD, ce mécanisme financier permet aux usagers de bénéficier des services de maintien à domicile à un coût qui demeure raisonnable.

Les deux modèles expérimentaux prévoient la mise en œuvre de ce tarif de solvabilisation:

Le Doubs s'inscrit dans le modèle prévu à l'annexe 2. Le tarif retenu pour les usagers est de 19,50€, alors que le coût de revient de l'heure pour le SAAD le moins cher du département s'élève à 21€. Le différentiel de coût est supporté par le conseil général dans le cadre des dotations globales versées aux services.

L'Oise a retenu l'approche de l'annexe 3. Elle a ainsi défini un tarif unique pour les usagers de 21,58 € par heure et complète selon une grille du conseil général établie pour chaque GIR par une dotation complémentaire. L'heure facturée peut ainsi être réajustée jusqu'à 23,07 € pour une intervention auprès d'une personne classée en GIR 1. Une dotation supplémentaire de 0,15 € peut également être appliquée pour les services exerçant majoritairement dans les zones rurales.

- [201] Des conseils généraux ont décidé de fixer un tarif de solvabilisation unique pour l'ensemble des SAAD expérimentateurs, ainsi le tarif proposé à l'utilisateur est identique quelque soit le SAAD expérimentateur auquel il fait appel. Cette approche permet aux usagers des services de ne plus être soumis à des distorsions de tarifs, selon que leur zone d'habitation est l'objet ou non d'une forte concurrence entre les services d'aide à domicile. Cette décision du conseil général induit une mutualisation des surcoûts liés à l'isolement des personnes ou à la complexité de leur état.

2.4.3 Le forfait, des imperfections corrigées peu à peu

[202] Le forfait ou abonnement est l'évolution la plus significative pour l'utilisateur, puisque son introduction revient à abandonner en partie la référence horaire pour le calcul de la facturation. Dans le cadre du forfait, l'utilisateur paie un montant fixe mensuel, égal au ticket modérateur du plan d'aide qu'il a accepté. Ceci permet à l'utilisateur de connaître le montant de sa participation mensuelle, dès le choix du SAAD, hormis le cas d'une révision de son plan d'aide.

[203] La mise en place du forfait et l'abandon de la référence à l'heure supposent une information spécifique et individualisée du conseil général sur les nouvelles modalités de calcul de sa participation et de mise en œuvre du plan d'aide.

Exemples :

Dans l'Ain, un courrier signé du Président du conseil général a été adressé à tous les usagers le 10 juillet 2012 pour les informer de la mise en place du forfait calculé sur la base du plan d'aide APA à partir du 1^{er} juillet 2012. Le courrier précise le fonctionnement du forfait et le cadre expérimental dans lequel il s'inscrit.

Un deuxième courrier a été adressé le 21 septembre 2012 pour rappeler aux usagers les nouvelles modalités de participation au plan d'aide et proposer à ceux dont le plan d'aide était sensiblement supérieur à la réalité des heures régulièrement effectuées par l'association une révision du plan avec effet rétroactif à la date d'instauration du forfait.

Dans d'autres départements, tels la Sarthe ou l'Aisne, il a été retenu de communiquer l'information de l'expérimentation aux usagers via une plaquette présentant le nouveau fonctionnement des services.

[204] Toutefois, lorsqu'un département met en place un tarif de solvabilisation significativement inférieur au tarif autorisé en vigueur avant l'expérimentation, cela diminue d'autant le risque financier qui pourrait être supporté par les usagers en cas d'écart entre les heures réalisées et celles prévues par le forfait. Selon l'effort du département pour solvabiliser les usagers en amont de l'application du forfait, le taux de réalisation des plans d'aide devient un enjeu financier plus ou moins important.

Exemple :

Considérons un département qui instaure un tarif de solvabilisation de 19€ en lieu et place d'un tarif autorisé à 22€.

Un usager en Gir 1 avec un plan d'aide saturé, soit un montant de 1312,67€, aura droit à un plan d'aide de 69 heures. Si cet usager perçoit 1250€ de revenus mensuels, sa participation sera de 21% soit 273.61€.

Pour déboursier le même montant dans le cadre d'une facturation à l'heure non solvabilisée, c'est-à-dire à 22€, il n'aurait droit qu'à 60 heures. La formule abonnement est ainsi plus intéressante financièrement dès lors qu'au moins 86% du plan d'aide est réalisé.

[205] Cette information est d'autant plus impérative qu'il existe des incertitudes sur :

- les modalités de la mise en place du forfait ;
- le suivi des heures et les questions de report ;
- les modalités de suspension du forfait.

Ces trois domaines de choix techniques sont successivement traités dans les paragraphes suivants :

- **La mise en place du forfait**

[206] Dans les expérimentations, la mise en place du forfait est une phase délicate ; ainsi un département a choisi de faire l'expérimentation en deux temps, d'abord les SAAD puis quelques mois plus tard la mise en place du forfait.

[207] Pour les personnes qui signent pour la première fois un plan d'aide après la mise en place d'un forfait, cela semble poser moins de difficultés que pour les personnes qui avaient pour habitude de payer à l'heure réalisée. En effet, ceux-ci abandonnent difficilement la référence horaire, aussi il est important que le mécanisme du forfait soit dûment explicité pour que l'utilisateur comprenne clairement en quoi il consiste sur ses aspects financiers, dans sa réalisation quotidienne et en cas de suspension.

[208] La satisfaction des usagers devant les changements mis en place (abonnement tarifaire, souplesse dans la mise en œuvre du plan d'aide) est une préoccupation des conseils généraux qui sont très attentifs aux remontées d'information qui leur arrivent des équipes d'évaluation et des SAAD, aux plaintes des familles et aussi aux éléments objectifs comme les changements de SAAD, ou l'augmentation du gré à gré. Des enquêtes par questionnaire et des accueils téléphoniques dédiés pour les usagers ou leur famille ont été organisés, notamment dans la Sarthe et le Pas de Calais.

[209] Toutefois la formalisation de l'avis des usagers demeure un enjeu complexe dans la durée de l'expérimentation. Selon les interlocuteurs de la mission dans les départements, l'expérimentation serait dans l'ensemble bien acceptée par les personnes qui apprécient la souplesse de la mise en œuvre des plans tout en demandant des explications sur les modalités de tarification et de paiement. L'expérimentation n'est pas devenue, en soi, un argument concurrentiel en faveur des SAAD expérimentateurs.

[210] Au-delà de la mise en place qui suppose des temps et des outils d'explication, le bon calibrage du forfait est également une étape fondamentale. Aussi, une réflexion sur l'élaboration des plans d'aide avec les équipes médico-sociales (EMS) est essentielle : le coût de l'abonnement doit bien correspondre aux besoins effectifs et aux services rendus régulièrement. Le rôle des EMS est fondamental pour assurer le relais auprès des usagers des décisions du conseil général. Il est indispensable, pour la bonne acceptation des évolutions mises en œuvre, que les EMS disposent des moyens pour expliciter le fonctionnement du forfait, sa base de calcul mais aussi qu'elles soient en mesure de réagir rapidement aux demandes de révision.

- **Le suivi des heures et les questions de report**

[211] Une autre difficulté pour l'utilisateur concerne la question du suivi de l'information et du report des heures. Tout d'abord, les SAAD ne disposent pas toujours de moyen technique nécessaire à ce suivi. Par ailleurs, les contraintes fixées par les conseils généraux sont variées, des départements ont choisi une possibilité de report sur le trimestre, d'autre sur l'année civile voire en année glissante. Si les SAAD disposent bien du suivi des heures effectuées, leur communication n'est pas systématique.

Dans la Sarthe, les services engagés dans l'expérimentation ont fait part de difficultés à rattraper les heures dues en raison de règles imposées par le conseil général trop complexes à mettre en œuvre. Par exemple, les heures de dimanche et jours fériés ne pouvaient être reportées que sur un autre week end ou jour férié, or certains des usagers ont manifesté le besoin d'utiliser ces heures en semaine, ce que les SAAD ne pouvaient faire en raison des règles édictées par le conseil général.

[212] Enfin, la mission a relevé qu'aucun département expérimentateur n'a prévu, à ce stade, le seuil de non consommation du forfait qui commanderait un remboursement ou un mécanisme de révision automatique du plan d'aide, ce qui constituera une sécurité supplémentaire pour l'utilisateur.

- **Les modalités de suspension du forfait**

- [213] Enfin, risque le plus palpable, les modalités de suspension du forfait ne sont pas toujours définies à la signature du contrat et présentées clairement à l'utilisateur. Ces conditions sont indispensables pour la bonne acceptation du mécanisme.
- [214] S'il est notable que le forfait peut contribuer à la lutte contre des incivilités (porte close, départ en vacances sans prévenir...), le forfait peut amener l'utilisateur à payer une prestation qu'il n'est plus en mesure de recevoir pour un cas de force majeure. C'est notamment le cas lorsque la personne âgée est hospitalisée.
- [215] Sur cet aspect, la mission a relevé diverses pratiques expérimentales, suspension du forfait au bout de 15 jours d'hospitalisation, au bout de 30 jours consécutifs, d'un mois plein, etc... Dans tous les cas, l'utilisateur était contraint de payer deux restes à charge, l'abonnement au SAAD et le forfait hospitalier. Lors d'une hospitalisation relativement longue le volume d'heures non consommées peut devenir très conséquent et de fait impossible à reporter.
- [216] De même en cas de décès de l'utilisateur, les pratiques de prélèvement du forfait sont différentes d'un département à l'autre.
- [217] La mission n'a pas relevé de mécanisme parfaitement opérant pour éviter le prélèvement d'un forfait pour des heures qui ne pourront pas de fait être réalisées.

Dans l'Ain, le conseil général a prévu les modalités de proratisation du forfait par tranche de 25% pour palier à divers cas listés ci dessous :

- pour les premières admissions, la date d'effet figurant sur la notification d'admission correspond à la date de la commission (ouverture du droit à l'APA).
- hospitalisation du bénéficiaire dans un établissement de soins (hôpital, convalescence, moyen séjour, médecine, SSR, ...).
- absence programmée pour convenances personnelles.
- absence totale d'intervention de l'association.
- le bénéficiaire de l'APA n'accepte pas la présence d'une remplaçante. (en cas de vacances, d'arrêt maladie de la titulaire du poste)
- l'association n'est pas en mesure d'assurer le remplacement de l'intervenante ou pour seulement une partie du mois
- sortie définitive du dispositif (départ en maison de retraite, déménagement).
- Décès

3 DES CHOIX A CONFIRMER

[218] Les recommandations formulées par la mission n'ont pas méconnu le projet de loi ASV, tout en sachant que ce texte, notamment dans ses articles relatifs aux SAAD, a été l'objet de modifications par amendement lors de son examen en première lecture par l'Assemblée Nationale et par le Sénat, et que le texte définitif n'est pas connu.

[219] Ces recommandations prennent en compte les conditions de l'expérimentation. Les départements⁶⁰ ayant expérimenté sur la base de l'annexe 2 ont utilisé plusieurs modalités d'assemblage des outils proposés, en fonction des pratiques, des situations et des données locales, tandis que l'annexe 3 n'a été appliquée que dans un seul département.

[220] Ces recommandations, présentées ci-dessous, sont ainsi articulées avec les observations formulées dans les deux précédents chapitres.

Les principes qui ont guidé ces recommandations sont les suivants :

- aucun responsable dans aucun des départements expérimentateurs n'a exprimé le souhait de renoncer aux outils de l'expérimentation; ce qui rejoint les observations de la mission, dès lors que des conditions sont réunies ;
- les choix effectués dans les départements expérimentateurs, les difficultés rencontrées et les solutions apportées montrent des pistes d'amélioration possibles et nécessaires ;
- au-delà de la seule question de la tarification des SAAD, des améliorations dans la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées à domicile peuvent aussi être réalisées.

* *
*

[221] Dans les faits, chaque département définit et compose sa politique de maintien à domicile en choisissant les outils du CASF qu'il souhaite utiliser ; les départements expérimentateurs intégrant, en plus, ceux proposés par l'arrêté du 30 août 2012. Ainsi, les départements expérimentateurs n'ont que partiellement mis en œuvre les deux schémas proposés.

[222] Des expérimentations ont dépassé les 3 ans, durée maximale initialement prévue, alors que les dernières ne commencent qu'au tout début de l'année 2015. Dans les deux cas, les départements et les SAAD ont besoin, pour expérimenter ou pour passer à l'étape suivante, de s'appuyer sur des outils pérennes et performants. Il n'y a pas lieu de prolonger cette expérimentation, ce qui ne veut pas dire de renoncer aux nouveaux outils qui ont été déployés et testés ces dernières années.

[223] A cette fin des modifications de la partie réglementaire du CASF sont nécessaires.

- compléter, dans les articles L.232-3 et R.232-11 du CASF, l'expression « *la fraction du plan d'aide que le bénéficiaire (de l'APA) utilise* »⁶¹ par « *la fraction du plan d'aide acceptée*⁶² par le bénéficiaire » pour tenir compte des cas où le département choisit, en accord avec un SAAD, d'appliquer une tarification forfaitaire ;
- modifier le 2^{ème} paragraphe de l'article R.314-130 du CASF pour introduire une alternative ou le président du conseil départemental déterminerait, pour l'ensemble des services, : « *un tarif relatif à un ou des paniers de prestations socle, complété, le cas*

⁶⁰ Dans les recommandations, le nom de conseil général est remplacé par celui de conseil départemental ou de département.

⁶¹ Ou « *la fraction du plan d'aide qu'il utilise* » ou « *a fraction du plan d'aide utilisé par le bénéficiaire* »

⁶² « *accepté* » par le bénéficiaire ou par son représentant (et voir recommandation n° 5 sur les droits des usagers)

échéant, de dotations de compensation liées à des contraintes particulières, ou des missions d'intérêt général et constituant des charges particulières pour le service » ;

- préciser, en fin de premier paragraphe de l'article R.314-135 du CASF que la dotation globale de financement peut inclure le financement de missions d'intérêt général.

Recommandation n°1 : Ne pas prolonger au-delà du terme prévu l'expérimentation autorisée par l'article 150 de la loi de finances pour 2012.

Recommandation n°2 : Compléter les articles L.232-3, R.232-11, R.314-130 et R.314-135 du CASF, afin d'inscrire dans le droit commun les outils expérimentés.

* *

[224] Le schéma départemental⁶³ définit les axes et les moyens de la politique en direction des personnes âgées et handicapées, notamment en ce qui concerne le maintien à domicile. La pratique contractuelle sous la forme d'une convention ou d'un CPOM est l'outil de la mise en œuvre du partenariat.

[225] En fonction des situations locales, le conseil départemental devrait pouvoir établir des critères de choix pour conventionner ou non avec les SAAD selon des critères définis (activité, territoire d'intervention, télégestion...) et un calendrier.

[226] Ce qui est compris dans le sigle CPOM mérite des précisions ; il en est de même pour plusieurs outils expérimentés dont la bonne articulation conditionne le sens et le succès du changement.

[227] Les CPOM qui prévoient une tarification par dotation globale du SAAD devront obligatoirement inclure, pour assurer leur bonne mise en œuvre, les modalités d'ajustement en cas de dépassement de l'enveloppe prévisionnelle ou de non atteinte des objectifs fixés.

[228] Les CPOM qui prévoient une participation de l'utilisateur sous forme forfaitaire devront obligatoirement préciser, afin de s'assurer de la qualité du service aux usagers :

1/ les situations qui ne nécessitent pas de révision formelle du plan d'aide et celles qui nécessitent l'intervention de l'équipe médico-sociale du département ;

2/ les choix départementaux relatifs au forfait ainsi que le mécanisme de suivi de l'avis des usagers et les modalités du contrôle de la qualité des interventions⁶⁴.

Recommandation n°3 : Définir au niveau national une liste des contenus obligatoire pour les CPOM qui organisent un mode de solvabilisation ou de tarification issu de l'expérimentation.

Recommandation n°4 : Accompagner la signature de CPOM de la publication des critères départementaux d'éligibilité et d'un calendrier prévisionnel de signature des CPOM, entre le département et les SAAD éligibles.

* *

⁶³ Plus précisément, le schéma d'organisation sociale et médico-sociale, défini à l'article L312-4 du CASF et qui doit être construit en cohérence avec les schémas mentionnés aux articles L. 6121-1 et L. 6121-3 du code de la santé publique.

⁶⁴ Contrôle placé sous la responsabilité du conseil départemental.

- [229] Pour l'utilisateur payant par forfait, deux conditions sont fondamentales afin d'éviter des risques d'incompréhension, voire de contestations avec un risque contentieux : d'une part des règles nationales à valeur de principe sur les cas de suspension du forfait et, d'autre part, le déploiement d'une télégestion interopérable permettant le suivi des heures.
- [230] La prise en compte, dans le forfait, des cas d'absence pour force majeure, comme l'hospitalisation ainsi que le décès et les conditions des absences prévues doivent relever de règles nationales. Les départements auront la latitude de les adapter mais dans un cadre précis qui garantisse les droits des usagers.

Recommandation n°5 : Déterminer un socle de règles nationales pour la gestion du forfait afin de garantir les droits des usagers sur l'ensemble du territoire national.

* *

- [231] La télégestion, si elle est effectivement interopérable, est un instrument technique dont l'expérimentation en cours a montré l'importance cruciale et qui est une condition de son élargissement. Elle permet la réussite d'une évolution substantielle des modalités de tarification, et aussi des relations entre personnes âgées ou handicapées, professionnels des SAAD et services départementaux. Elle garantit le suivi par le conseil départemental de l'effectivité de l'aide apportée aux personnes dépendantes. Elle est en pratique un puissant levier.
- [232] Les financements de la CNSA sont déterminants pour la réussite de ces chantiers, qui ne se limitent pas à des problématiques techniques.

Recommandation n°6 : Inclure le déploiement d'une télégestion interopérable entre le SAAD et les services du département dans la liste des items obligatoires des CPOM énoncée dans la recommandation n°3.

Christine BRANCHU

Vincent JAOUEN

Pierre NAVES

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Ne pas prolonger au-delà du terme prévu l'expérimentation autorisée par l'article 150 de la loi de finances pour 2012.	DGCS	La procédure parlementaire du projet de loi ASV
2	Compléter les articles L. 232-3, R.232-11, R.314-130 et R.314-135 du CASF, afin d'inscrire dans le droit commun les outils expérimentés.	DGCS	Décembre 2015
3	Définir au niveau national une liste des contenus obligatoire pour les CPOM qui organisent un mode de solvabilisation ou de tarification issu de l'expérimentation.	DGCS (en appui dans l'avancée du projet de loi ASV)	Décembre 2015
4	Accompagner la signature de CPOM de la publication des critères départementaux d'éligibilité et d'un calendrier prévisionnel de signature des CPOM, entre le département et les SAAD éligibles	Chaque département qui décide d'utiliser les nouveaux outils	Selon les départements
5	Déterminer un socle de règles nationales pour la gestion du forfait afin de garantir les droits des usagers sur l'ensemble du territoire national	DGCS& ADF (avec un groupe de travail)	Décembre 2015
6	Inclure le déploiement d'une télégestion interopérable entre le SAAD et les services du département dans la liste des items obligatoires des CPOM énoncée dans la recommandation n°3.	DGCS	Décembre 2015

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DÉLÉGUÉ AUX PERSONNES AGÉES ET À L'AUTONOMIE
MINISTÈRE DÉLÉGUÉ AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET À LA LUTTE CONTRE L'EXCLUSION



Paris, le **24 OCT. 2013**

La ministre des affaires sociales et de la santé

La ministre déléguée auprès de la ministre des affaires sociales et de la santé, chargée des personnes âgées et de l'autonomie

La ministre déléguée auprès de la ministre des affaires sociales et de la santé, chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion

à

Monsieur le chef de l'Inspection générale des affaires sociales

Objet : Evaluation des expérimentations relatives à la tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile

L'aide à domicile est un secteur d'activité particulièrement soutenu par les pouvoirs publics et les évolutions démographiques entraînent des besoins d'accompagnement croissants. Or ce secteur subit depuis 2008 une crise financière, alimentée par la crise économique. Celle-ci réduit les capacités de la plupart de ses financeurs, en particulier des conseils généraux.

Le modèle économique de l'aide à domicile est remis en question et la tarification horaire des services, très diversement appliquée sur le territoire, peine à valoriser efficacement les exigences de continuité et de qualité dans l'accompagnement à domicile.

Les raisons de cette crise sont à rechercher dans le mode de tarification actuelle, datant de 2003. Celui-ci ne permet ni d'avoir une visibilité à moyen terme des financements obtenus et alloués aux services en regard de leur activité, notamment par les conseils généraux, ni de répondre aux besoins des usagers de façon optimale ou de coordonner l'ensemble des financeurs. Par ailleurs, une étude nationale des prestations et des coûts des services d'aide à domicile permettra prochainement d'objectiver l'écart entre les coûts de revient et les tarifs, avancé par les gestionnaires comme un facteur supplémentaire de crise.

L'Assemblée des départements de France et quatorze fédérations d'aide à domicile ont conduit des travaux pour modéliser une nouvelle allocation de ressources. Un comité de pilotage « de préfiguration » a été mis en place et des expérimentations sur les territoires se sont engagées. Elles se fondent sur le principe d'une allocation de ressources par forfait global de financement, contractualisé de façon pluriannuelle, sur la base d'objectifs

organisationnels, de services rendus, de réalisation de missions de service public par la voie du mandatement.

La loi de finances pour 2012 (article 150) donne, sur la base du volontariat des services et des conseils généraux, une assise législative à la démarche expérimentale, pour une durée de trois ans. Ce dispositif concerne les services d'aide accompagnant tant les personnes âgées que les personnes handicapées. Cependant, seul le cahier des charges fixant les conditions de cette expérimentation pour les personnes âgées a été défini par arrêté du 30 août 2012. Cet arrêté pose par ailleurs les règles de gouvernance de la démarche se traduisant par un co-pilotage, par la direction générale de la cohésion sociale et l'Assemblée des départements de France, du suivi et de l'évaluation de ces expérimentations. Le cahier des charges relatif aux services dédiés aux personnes handicapées doit être prochainement publié afin d'étendre les expérimentations à ce secteur.

Une nouvelle étape a été franchie en juillet 2013 avec l'installation d'un comité de pilotage « de refondation de l'aide à domicile », prenant la suite du comité de préfiguration. En effet, dans le cadre de la préparation du comité interministériel du handicap et du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, l'Etat et les conseils généraux ont convenu de la nécessité d'engager une réflexion partagée en vue de refonder l'aide à domicile et d'en faire un levier stratégique au service de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées, quel que soit leur niveau de perte d'autonomie (GIR 1 à 6).

Nous vous demandons en conséquence d'évaluer ces expérimentations, notamment en mesurant leur impact sur les usagers et en examinant la possibilité d'une généralisation de la gestion forfaitaire des crédits de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap, dans le respect des principes d'universalité, d'équité de traitement, de continuité du service et d'accessibilité.

Cette mission bénéficiera de l'appui de la direction générale de la cohésion sociale. Vous veillerez à recueillir les observations de l'Assemblée des départements de France, des fédérations gestionnaires des services d'aide à domicile, des conseils généraux des départements expérimentateurs et des représentants des usagers.

Vous nous remettrez vos conclusions au 30 mai 2014.


Marisol TOURAINE


Michèle DELAUNAY


Marie-Arlette CARLOTTI

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES (OU AUDITIONNEES*)

Cabinet de la secrétaire d'Etat, chargée de la famille, des personnes âgées et de l'autonomie

Etienne CHAMPION, directeur de cabinet
Katy BONTINCK, conseillère technique

Cabinet de la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées

Laurence LEFEVRE, directrice
Saïd ACEF, conseiller technique

...
*

Cour des comptes

Sylvie BOUTEREAU-TICHET, conseillère référendaire, 5ème chambre
Christian CARCAGNO, conseiller référendaire

...
*

Assemblée des départements de France - ADF

Jean Pierre Hardy, directeur délégué aux solidarités et au développement social

...
*

Direction générale de la cohésion sociale - DGCS

Nathalie CUVILLIER, sous directrice, sous direction de l'autonomie, des personnes handicapées et des personnes âgées
Dominique RENARD, adjointe à la sous directrice, chargée des personnes âgées
Béatrice ROLLAND, cheffe du bureau prévention de la perte d'autonomie et du parcours de vie des personnes âgées
Caroline LEFEVRE, adjointe à la cheffe de bureau droits et aides à la compensation
Franck LE MORVAN, chargé de la réforme de la tarification
Marjolaine MINOT, chef du bureau affaires juridique

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales - SGMCAS

Virginie HOAREAU, chargée de mission

Direction générale des entreprises

Gilles DUMONT, chef de la mission service à la personne (SAP)
Sabine JEUCH, chargée de projet

* les noms des personnes auditionnées sont suivies d'un astérisque (*)

Secrétariat général des affaires européennes - SGAE

Bertrand JEHANNO, chef du secteur « Marché intérieur, consommateurs, concurrence, aides d'Etat et armement »

Cassandra BARRET, adjointe au chef du secteur « Marché intérieur, consommateurs, concurrence, aides d'Etat et armement »)

Hubert BAYSSON, adjoint au conseiller financier, secteur « Questions économiques et financières »

Gabriel ROBBERECHT, stagiaire dans le secteur « Questions économiques et financières »

* ... *

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie - CNSA

Etienne DEGUELLE, directeur adjoint de la compensation

Caisse nationale d'assurance vieillesse des salariés – CNAV

Antonin BLANCKAERT, directeur de l'Action sociale

Laurent TARRIEU, chargé de mission

* ... *

France Active

Emmanuelle MAUDET, responsable développement et partenariats Financement des Entreprises Solidaires.

Astrid BLOMART, chargée de mission CNAR Financement

Projet Modapa (Modélisation de la demande d'aide à domicile des personnes âgées dépendantes)

Agnès GRAMAIN, coordinatrice scientifique du projet

Cécile BOURREAU-DUBOIS, coordinatrice scientifique du projet

Helen LIM, docteur en sciences économiques de l'Université McGill à Montréal

Quitterie ROQUEBERT, ingénieur d'études pour le projet MODAPA au Centre d'Economie de la Sorbonne

Léna GAZAIX, stagiaire en Master 2

Observatoire national de l'action sociale décentralisée - ODAS

Didier LESEUR, directeur général

Estelle CAMUS, chargée d'étude autonomie et rédactrice pour apriles

Claudine PADIEUX, directrice du comité scientifique

* ... *

Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles - UNA

Yves VEROLLET, délégué général
Moussa CAMARA, chef de projet « gestion et organisation »

Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale - UNCCAS

Christophe PITEUX, délégué général adjoint en charge des services aux adhérents
Eleonora BUSI, conseillère technique
Florence ANGIER, apprentie service maintien à domicile

Fédération Française des Services à la Personne et de Proximité – Fédésap

Christian JUNIK, président
Frank NATAF, vice-président
Julien JOURDAN, directeur

Fédération Nationale des Associations de l'Aide Familiale Populaire Adhérente à La Confédération Syndicale des Familles - FNAAFP/CSF

Guy FONTAINE, secrétaire général
Jean-Laurent CLOCHARD, secrétaire confédéral
Isabelle MANGARD, directrice de l'association « Aide à Domicile – AAFP/CSF » du Mans
Cédric PILLA, directeur de l'Association Familiale Populaire de l'Ain

Union Nationale de l'Aide à Domicile en Milieu Rural - UNADMR

Thierry D'ABOVILLE, secrétaire général
Christian FOURREAU, directeur adjoint
Jérôme COMMINGES, responsable gestion

Adessadomicile

Jean DE GAULLIER, président fédéral
Hugues VIDOR, directeur général
Didier DUPLAN, directeur général adjoint

Association des paralysés de France - APF

Amaëlle PENON*, conseillère Santé et médico-sociale

Fédération nationale des associations de personnes âgées en établissements et de leurs familles - FNAPAEF

Joseph KRUMMENACKER*, président
Claudette BRIALIX*, vice-présidente

* ... *
*

Ne sont citées ci-après que les personnes de départements déjà expérimentateurs ou devant l'être au cours de 2015 (autrement dit, ne sont pas cités ici les contacts téléphoniques ou par mails avec des responsables d'autres départements)

Département de l'AIN - 01

Conseil Général

Thierry CLEMENT*, directeur général adjoint Solidarité
Souleymane THIAM*, responsable du domaine Autonomie Personnes Agées et Handicapées
Sylvie CHANUDET*, adjointe au Responsable Domaine Autonomie Personnes Agées et Handicapées

Organismes gestionnaires de SAAD

ADAPA

Marc DUPONT*, président

Association Familiale Populaire de l'Ain

Cédric PILLA, directeur

* ... *

Département de l' AISNE – 02

Patricia GENARD*, directrice des politiques d'autonomie et de solidarité
Maryse DELCLITTE*, ancienne cheffe du service PA et AAD
Isabelle Le Borgne*, Service d'Offre et d'Accompagnement à Domicile
Aurélien BOUDART*, conseillère de gestion Service Offre d'Accompagnement à Domicile

* ... *

Département de l'ARDECHE –07

Conseil Général

Florence ALBOUY*, cheffe du service domicile et coordination
Clément BRUCHON*, chargé de mission maintien à domicile
Thomas JOURDAN-BOURBON*, chargé de mission aide à domicile, service domicile et coordination
Guillaume MENARD*, chargé de mission

* ... *

Département de la CHARENTE - 16

Fabienne REJOU*, directrice de l'autonomie
Lucie LEROY DUBRULLE*, chef du service d'accompagnement à domicile

* ... *
 *

Département de la CORREZE - 19**Conseil Général**

Olivier SERRE *, directeur général adjoint des services
Brigitte LACHAUD*, directrice de l'autonomie par intérim
Philippe FAUGERON*, chef du service coordination, direction de l'autonomie

UT-DIRECCTE

Agnès MALLET*, directrice adjointe
Bruno MORELET*, inspecteur du travail
Claudine BAUVERIE*, assistante

* ... *
 *

Département des COTES D'ARMOR – 22**Conseil Général**

François DE MARTEL*, directeur DACA
Valérie BOULIN HAMON*, chef de service APA
Geneviève BOTHOREL*, chef de service PA/PH
Catherine GALLARDON*, directrice DIPOMMS
Christelle COLLET*, chef de service DIPOMMS accompagnement à domicile

Organismes gestionnaires de SAAD**SESVAD APF**

Mary LE JEAN*, directrice

* ... *
 *

Département du DOUBS – 25**Conseil Général**

Claude JEANNEROT, président
Danièle NEVERS, vice présidente,
Gildas BARRUOL, directeur général des services
Etienne PETITMENGIN, directeur général adjoint, chargé des solidarités
Odile DELEVOYE, directrice de l'autonomie
Francesco ALAMPI, directeur des ressources et moyens généraux
Thierry CHAUVILLE, chef du service prestations

Agence régionale de santé - ARS

Pierre GORCY, directeur de l'offre médico-sociale

Comité départemental des retraités et personnes âgées CODERPA du Doubs :

Jean-Marie BART, président

Organismes gestionnaires de SAAD :***ADMR - Fédération du Doubs***

Philippe ALPY, président Fédération du Doubs

Willy CADET, directeur Fédération du Doubs

Jean-Claude FAURE, président de l'ADMR, Baume les Dame - Rougemont

AFL Emplois familiaux

Yves ROY, président

Sylvie MIGNERT, trésorière

Aurélien MAHE, comptable

APASOM

Christian CECCHETANI, directeur général

Association Soli-Cités

Bruno PALANDRE, directeur général

Claudine GAIFFE, responsable de la filière soins, coordinatrice de l'expérimentation aide et soins

Angélique VERMOT DESROCHES, responsable de secteur aides à domicile

Eliad

Regis LOMBARD, président

Marie-Paule BELOT, directrice générale

Xavier COQUIBUS, directeur des services

Sandrine MONNERET, responsable de secteur

CCAS de Besançon

Anne-Paule ROPOSTE, directrice autonomie

Nadège VIGOUREUX, référent qualité

CCAS de Montbéliard

Catherine BIOLCHINI, responsable secteur personnes âgées

CCAS de Pont de Roide

Anne-Marie LEANZA, directrice

* ... *
*

Département du GARD - 30**Conseil Général**

Jean-François GOSSART*, chef du service « prestation aux personnes âgées »

* ... *

Département d'INDRE ET LOIRE – 37**Conseil Général**

Christine LECOURT*, responsable de la direction de l'Autonomie

* ... *

Département de L'ISERE – 38**Conseil Général**

Agnès FINET*, adjointe au chef de service, service coordination et évaluation

* ... *

Département du LOT – 46**Conseil Général**

Michel BOURGADE, directeur général adjoint
Laurence BIHEL, directrice de la solidarité départementale
Nicole SUCARRAT, responsable du pôle Gériatrie/Handicap

Organismes gestionnaires de SAAD***SEM Lot Aide à Domicile (***

Marc GASTAL, conseiller général et président directeur général
Sabine MOLINIE, directrice
Martine COUSTILLERES, directrice des Finances et du Contrôle de Gestion
Marie Joëlle LAIGLE, directrice d'Unité Territoriale Sud
Flora MONELLS, responsable des Secteurs de Castelnau Monratier et Limogne (Pôle de Lalbenque)
Marie Laure LAGARDE, aide à domicile
Edwige MERCIER, aide à domicile

Croix-Rouge française

Ria CALONIUS, membre de la Commission Nationale de Surveillance et ancienne présidente de la Croix Rouge de Vayrac
Sophie BEYLIER, chargée de mission filière Domicile, Direction Santé Autonomie
Laurence MENET, directrice du SAAD Croix-Rouge de Vayrac
Emmanuelle DUPUY, responsable de secteur
Isabelle BARRES, aide à domicile
Martine DELBUT, auxiliaire de Vie Sociale

* ... *

Département de MEURTHE ET MOSELLE – 54**Conseil Général**

Marie DIA ENEL*, responsable du service Equipements, direction personnes âgées
personnes handicapées

* ... *
*

Département de l'OISE – 60**Conseil Général**

Lismonde STELLINA, directrice autonomie des personnes
Ronan TEXIER, contrôleur de gestion DAP
Karine MESSENGER, chef de service Vie à domicile DAP
Jérémy LEFEBVRE, chef de bureau Vie à Domicile DAP

Organismes gestionnaires de SAAD***Bien chez soi***

Joël POITOU, directeur
Michèle NAUWYNCK, présidente

ASDAPA Beauvais

Christine SMET, présidente
Géraldine FONTENY, directrice

PBS

Nadine PATRELLE, directrice
Sabine BRETON, coordinatrice pole SAP

OPHS

Yann MORATILLE, directeur

ADPS

Pierre PARENT, directeur
André PERSIAUX, président
Geneviève GUINSARD, vice-présidente

ADMR

Angélique AUFRADET, comptable
Christophe HOUDET, directeur

A Domicile 60

André TASSART, directeur
Jacques MAY, président

CISD

Chantal LELEUX, présidente

Département du PAS-DE-CALAIS – 62**Conseil Général**

Roland GIRAUD, directeur des Solidarités, président de l'ANDASS
Cyril CARBONNEL, chef du Service de la Qualité et des Financements
Dominique Portier*, chef du bureau des financements au sein de la direction de l'autonomie et de la santé
Isabelle DEUBARRE, secrétaire de la commission des recours
Anne Laure ZAINSNE, directrice adjointe autonomie-santé
Frédérique DECODTS, infirmière, maison de l'autonomie de Saint Omer
Christine DEVIENNE, infirmière, maison de l'autonomie de Saint Omer

Organismes gestionnaires de SAAD***UNA Saint Omer***

Hélène LEBRIEZ, chargée de la facturation
Valérie BUISSEZ, responsable des Ressources Humaines
Marie Claude DACQUIN, directrice générale
Christiane MARTEL, présidente de l'UNA 62
Anne Sophie TOUPIOL, assistante de direction UNA 62

UDCASS 62

Annie ADANCOURT, présidente

CCAS de Boulogne sur mer

Sylvie D'ANDREA, directrice adjointe

ASAP Arras (Adessadomicile)

Jean Pierre LEDEZ, directeur

ADMR 62

Francis HEN NEBELLE, présidente
Grégoire REHBER, directeur

SAD-Uriopss

Marie Claude RICHARD, directrice

* ... *
 *

Département des PYRENEES ORIENTALES - 66**Conseil Général**

Carmen JUPPIN*; responsable de pôle gestion des ESSMS

* ... *
 *

Département de la SARTHE - 72**Conseil Général**

Nicole AGASSE, vice-présidente de la Commission de la Solidarité, en charge des Personnes Âgées et des Personnes Handicapées
Marie-Hélène GAUTIER, directeur Autonomie du Conseil général de la Sarthe
Gisèle CONTRAIN-ETRAYEN, chef du service Prestations et dispositifs pour l'autonomie à domicile
Marina BESSEAU, chef du bureau Dispositifs d'accompagnement à domicile des majeurs vulnérables

Agence régionale de santé - ARS

Cyril PLOT, chargé de projet animation territoire de l'ARS pays de Loire délégation territoriale de la Sarthe

Organismes gestionnaires de SAAD***Association Aide à Domicile***

Jean-Louis LEMIERRE, président de l'association
Isabelle MANGARD, directrice de l'association

CCAS de La Flèche

Françoise RENOU, directrice

CCAS du Mans

Patrick LEVEAU, directeur du SAAD
Carole LITOLFF, adjointe de direction
Alexandra PIAU, aide à domicile (depuis 23ans)
Stephanie BOUGARD, en charge du suivi forfaitisation/télégestion/CPOM

CCAS de Sablé-sur-Sarthe

Nicolas FOSSEY, directeur
Gaëlle PLUME, coordinatrice service Séniors et Autonomie

Fédération ADMR de la Sarthe

Martine GABOYER, présidente
Elodie BASTIEN, directrice fédérale
Jean PICOULEAU, administrateur – trésorier adjoint de la Fédération
Yasmine MORILLON, auxiliaire de vie
Severine LOUVET, responsable dossier et facturation

* ... *

Département du TERRITOIRE DE BELFORT - 90**Conseil Général**

Françoise DRO*, directrice PA-PH

ANNEXE 1 : LES EXPRESSIONS UTILISEES DANS LES PARAGRAPHERS DE L'ANNEXE 2 DE L'ARRETE DU 30 AOUT 2012 (PRESENTATION SOUS FORME DE TABLEAU)

	<u>§ 1.1. L'engagement des services envers les usagers.</u>	<u>§ 1.2. Engagements entre les services et les conseils généraux.</u> Et <u>§ 1.3. Engagement envers les salariés des SAAD</u>	<u>§ 2. Le CPOM acte de mandatement</u>	<u>§ 3 : Les fonctions des SAAD expérimentateurs</u> <i>NOTA : ces fonctions sont appelées « missions » dans la présentation du cahier des charges ; Missions d'intérêt général (MIG) ; Missions d'intervention (MI) ; Missions de prévention(MP)</i>
1	Droit d'accès équitable à l'aide quel que soit son lieu d'habitation	1.2. 2 Le service d'aide à domicile s'engage à réaliser les missions d'intérêt général contractualisées	2.1 : La nature et la durée des obligations de service public permettant de satisfaire les besoins sociaux ; 2.2 : Le ou les fournisseurs concernés et le territoire concerné ; 2.8 : L'accessibilité tarifaire : soumission des services sociaux à une tarification spécifique qui permet à l'ensemble de la population d'y accéder ; 2.9 : La continuité : absence d'interruption d'activité des services sociaux qui priveraient régulièrement les utilisateurs de leur usage qu'il s'agisse d'une continuité territoriale ou temporelle	MIG 3 : Couverture territoriale MIG 5 : Lutte contre l'isolement MP 21 : Lutte contre l'isolement.
2	Réponse aux besoins des personnes 24 heures sur 24, 7 jours sur 7			MIG 1 : Continuité d'intervention MIG 7 : Participation à la sécurité des personnes ;
				Aspects non cités dans la liste du §1.1
				MP18 : Lutte contre la malnutrition et la déshydratation MP 19 : Lutte contre les troubles médico-sociaux (ex : dépression)
3	Organisation et fonctionnement du SAAD conformes aux objectifs "qualité" fixés dans le CPOM			

	<u>1.1. L'engagement des services envers les usagers.</u>	<u>1.2. Engagements entre les services et les conseils généraux. Et</u> <u>1.3. Engagement envers les salariés des SAAD</u>	<u>2. Le CPOM acte de mandatement</u>	<u>3 : Les fonctions des SAAD expérimentateurs</u>
4	Prestations d'aide à domicile formalisées dans le cadre d'un plan d'intervention individualisé permettant de répondre aux besoins de l'utilisateur			MI 11 : Vie quotidienne MI 12 : Actes essentiels
5	Actions de préventions contribuant à retarder la perte d'autonomie.			MIG 10 : Prévention MP17 : Activités physiques et cognitives (ex : atelier mémoire)
6	Professionnels (encadrement, aide à domicile, psychologue, ergothérapeute,...) formés et qualifiés.	1.3.2 : Valorisation de leur emploi en tant que professionnels du secteur médico-social. Le rôle des aides à domicile sera maintenant reconnu dans le maintien à domicile des personnes		MIG 6 : Insertion et formation professionnelle ;
7	Respect des objectifs d'interventions définis par les équipes médico-sociales du conseil général			
8	L'adaptabilité et réactivité de l'intervention des services(en fonction des) variations souhaitées par les personnes (rythme de vie, saisonnalité, présence ponctuelle d'aidants...).	1.3.1 : Plus de souplesse dans les interventions	2.10 : La qualité : exigence d'évaluation de la satisfaction des besoins des utilisateurs et d'adaptation des services aux évolutions de la demande ;	
9	L'intervention des services s'adaptera en fonction des besoins des usagers, pour une plus grande souplesse d'intervention		2.7 : L'accès universel : obligation d'accueillir l'ensemble des utilisateurs éligibles et de leur apporter une réponse adaptée à leur besoin	
10	Le SAAD peut être mandaté pour devenir l'interlocuteur principal de l'utilisateur en matière d'aménagement du logement et la gestion des aides techniques			MP 20 : Aménagement de l'habitat (domotique, sécurité énergétique)
11	Interventions en complémentarité et en coordination avec les autres intervenants et dispositifs auprès des personnes			MIG 9 : Expertise et innovation sociales et médico-sociales ;
12	Ecoute et l'accompagnement des aidants		2.11 : La protection et la participation des utilisateurs : diffusion aux utilisateurs des informations nécessaires à leur choix de service et définition des voies de recours en cas de non-satisfaction	MI 16 : Aide aux aidants

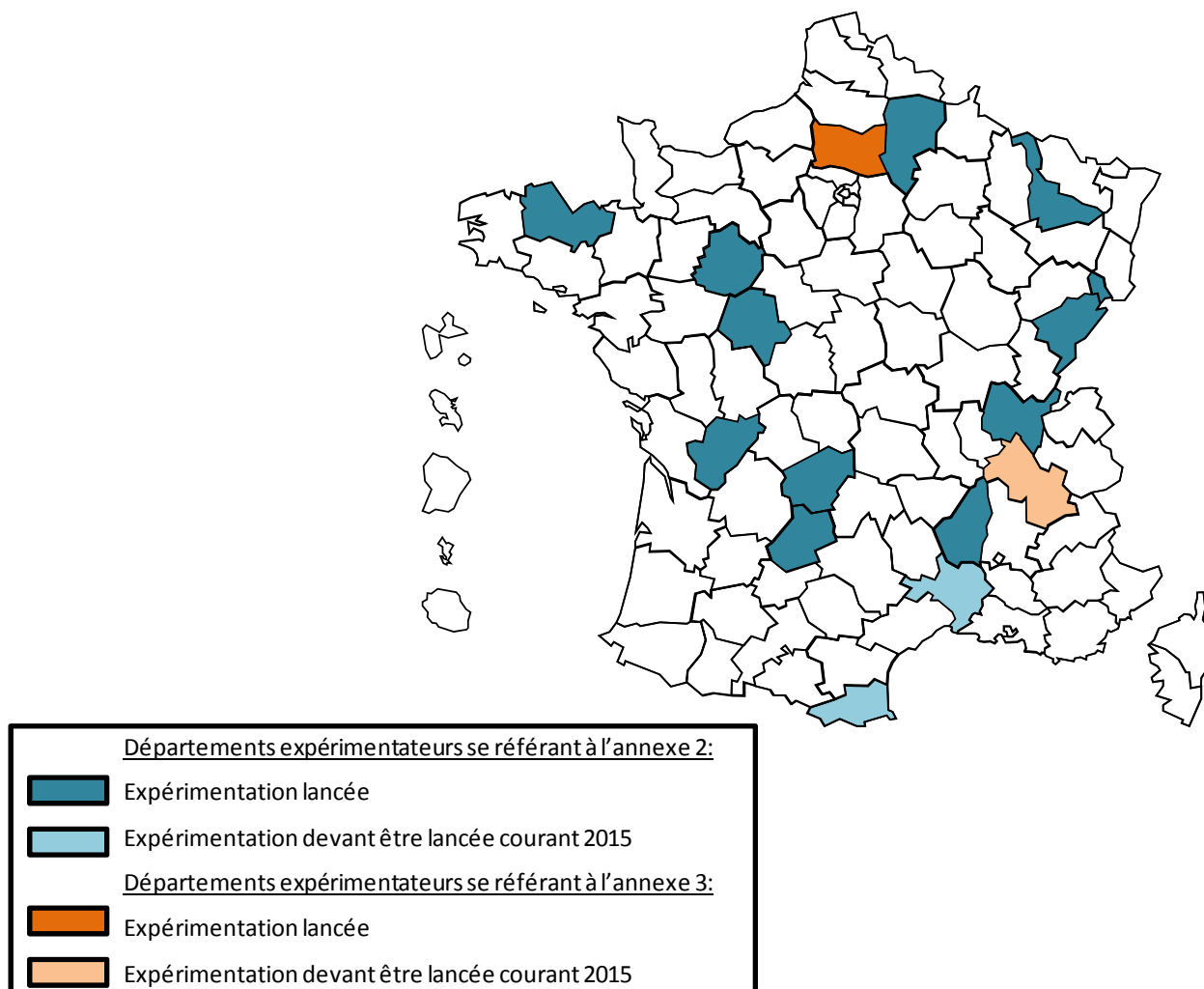
	<u>1.1. L'engagement des services envers les usagers.</u>	<u>1.2. Engagements entre les services et les conseils généraux. Et</u> <u>1.3. Engagement envers les salariés des SAAD</u>	<u>2. Le CPOM acte de Mandatement</u>	<u>3 : les fonctions des SAAD expérimentateurs</u>
13	participation financière de l'utilisateur forfaitisée : - peut prendre en compte le plan d'aide en volume d'heures qui lui est attribué ou uniquement de ses ressources - modalités de participation sont fixées dans le CPOM - les mêmes sur le département et les SAAD expérimentateurs ... ne varient plus en fonction des différents prix de revient horaires des différents services			
14	équité d'accès à l'aide des bénéficiaires en mettant fin à : - l'écêtement des plans d'aide compte tenu du montant des tarifs et du montant du ticket modérateur - l'impossible corrélation entre mensualisation des salariés, heures prévues et heures effectives			MIG 4 : prise en charge de toutes les populations s'adressant au service (non-discrimination d'accès) ;
		Aspects non cités dans la liste du 1.1 (voir ci-dessus)		
15		1.2.1 : le conseil général (s'engage) à garantir au service ayant contractualisé avec lui une vision budgétaire pluriannuelle apportant une sécurité des financements alloués sur la durée du CPOM		
16		1.3.3 : reconnaissance de leur (= les salariés des SAAD) statut par la prise en compte de leur convention collective et de leur statut de la fonction publique.		
17			2.3 : la nature, le cas échéant, des droits exclusifs ou spéciaux éventuellement octroyés par la collectivité territoriale ;	

	<u>1.1. L'engagement des services envers les usagers.</u>	<u>1.2. Engagements entre les services et les conseils généraux. Et</u> <u>1.3. Engagement envers les salariés des SAAD</u>	<u>2. Le CPOM acte de mandatement</u>	<u>3 : les fonctions des SAAD expérimentateurs</u>
18			2.4 : la description du mécanisme de compensation et les paramètres de calcul, de contrôle et de révision de la compensation	
19			2.5 : les modalités de récupération des éventuelles surcompensations et les moyens d'éviter ces surcompensations	
20			2.6 : l'engagement du service à présenter une comptabilité séparée pour l'activité relevant de la fourniture de ce service	
				Autres fonctions difficiles à rattacher à un des engagements précédemment cités
21				MIG 8 : participation à la définition des politiques publiques
22				MI 13 : participation à la vie sociale
23				MI 15 : aide à la communication
24				MI 14 : aide à la parentalité (pour les services familles et handicap)

Une lecture rapide de l'annexe 2 conduit à penser que celle-ci présente 61 item (objectifs, moyens opérationnels, acte juridique, ...) différents les uns des autres (ce nombre est obtenu par addition des énoncés de chacun des paragraphes 1.1, 1.2, 1.3, 2 et 3 de l'annexe 2 de l'arrêté du 30 août 2012 ; soit : 14 + 5 + 11 + 21 (voir colonnes 2, 3, 4 et 5 du tableau).

Ce nombre peut-être réduit à 24 (voir colonne 1 du tableau) ce qui montre l'aspect foisonnant de cette annexe 2 et plus généralement de l'arrêté du 30 août 2012, car celui-ci précise que les annexes 1 et 4 s'appliquent de toute façon.

ANNEXE 2 : CARTE DES DEPARTEMENTS EXPERIMENTATEURS



ANNEXE 3 : DES DONNES CHIFFREES SIGNIFICATIVES SUR LES DEPARTEMENTS EXPERIMENTATEURS

	Population 1er janvier 2014			Dépenses au titre de l'APA en 2013			
	Total	Population de 60 à 74 ans	Population de 75 ans et plus	Total des dépenses	Dont part du département	Variation 2012/2013	Variation 2011/2012
01 Ain	627 405	88 795	48 888	38 747 222	27 549 717	4,4%	4,9%
02 Aisne	540 409	83 209	48 835	54 861 468	37 590 086	2,5%	4,9%
07 Ardèche	321 252	58 639	36 396	41 147 226	28 245 713	1,8%	3,1%
16 Charente	354 801	64 441	42 727	40 128 683	25 534 043	2,7%	0,5%
19 Corrèze	239 555	45 401	33 113	35 508 144	23 406 593	-7,5%	6,0%
22 Côtes-d'Armor	599 477	110 632	72 736	62 374 555	38 088 973	-0,1%	5,5%
25 Doubs	534 229	79 272	46 657	48 543 028	34 723 043	2,2%	1,2%
30 Gard	740 660	127 508	74 271	69 261 934	45 123 708	1,8%	1,1%
37 Indre-et-Loire	602 025	94 652	62 180	42 518 989	25 044 441	1,9%	3,7%
46 Lot	174 810	36 046	24 724	29 154 070	19 786 038	1,5%	19,8%
54 Meurthe et Moselle	734 002	108 097	65 796	64 774 474	43 507 409	2,2%	2,9%
60 Oise	815 517	112 362	57 860	41 868 052	28 274 311	5,5%	0,3%
72 Sarthe	570 419	89 025	59 535	46 542 465	28 475 839	-6,4%	7,2%
90 Territoire de Belfort	144 600	21 041	12 699	12 884 215	8 902 284	5,6%	-3,2%
Total Expérimentation	6 999 161	1 119 120	686 417	628 314 525	414 252 198		
Total France	65 800 694	9 941 571	5 976 043	5 382 481 037	3 654 571 952	0,3%	2,0%

	Dépenses d'APA / personnes âgées de 60 ans et plus	Dépenses d'APA / personnes âgées de 75 ans et plus	% APA domicile	% APA établissement
01 Ain	301 €	843 €	54%	46%
02 Aisne	433 €	1 155 €	68%	32%
07 Ardèche	450 €	1 153 €	45%	55%
16 Charente	389 €	948 €	59%	41%
19 Corrèze	456 €	1 055 €	54%	46%
22 Côtes-d'Armor	352 €	877 €	46%	54%
25 Doubs	399 €	1 069 €	67%	33%
30 Gard	369 €	993 €	65%	30%
37 Indre-et-Loire	286 €	712 €	52%	48%
46 Lot	493 €	1 208 €	70%	30%
54 Meurthe et Moselle	387 €	1 001 €	59%	41%
60 Oise	261 €	760 €	52%	48%
72 Sarthe	323 €	795 €	46%	54%
90 Territoire de Belfort	399 €	1 046 €	61%	39%
Total France	352 €	920 €	59%	39%

ANNEXE 4 : MODALITES TECHNIQUES PREVUES DANS LES CONVENTIONS

Entre le département et les SAAD signataires

Modalités de versement de la dotation	<u>Modèle annexe 2:</u> 8 versent 90% de la dotation par 1/12ème (ajustement de +/-10%) 2 versent 95% de la dotation par 1/12ème (ajustement de +/-5%) 1 verse 100% de la dotation par 1/12ème(ajustement de +/-5%) 2 non précisés <u>Modèle annexe 3 (1 cas):</u> Versement sur facture avec acompte mensuel régularisé trimestriellement
Gestion si volume d'activité >100% ou <90%	1 seul département a explicitement prévu les modalités de fonctionnement du CPOM en cas de dépassement de +/-10% des objectifs fixés. 1 autre département avait prévu que la dotation de 100% soit acquise mais a dû revenir sur ce choix.
Reprise des déficits antérieurs prévus dans la convention	2 départements l'excluent 4 prévoient la possibilité de le faire 1 renvoie au fonds de restructuration des ARS 7 ne donnent aucune information à ce sujet
Gestion des déficits ou bénéfices durant CPOM	4 départements considèrent le résultat (positif ou négatif) comme acquis au SAAD 1 prévoit l'analyse de l'affectation des excédents lors du dialogue de gestion mais exclut la reprise des déficits 1 prévoit l'analyse de l'affectation des excédents lors du dialogue de gestion et prévoit la reprise éventuelle des déficits 1 prévoit de laisser les excédents comme acquis pour les SAAD et laisse possible la reprise des déficits lors du dialogue de gestion 7 n'abordent pas ce point dans la convention

Entre les SAAD et les usagers (le forfait)

Modalités de gestion du forfait usager	3 prévoient une souplesse de +/-10% par rapport au plan d'intervention individualisé (PII) 3 prévoient une souplesse dans la limite du plan d'aide alloué à l'utilisateur 4 n'abordent pas ce point dans la convention 5 ne sont pas concernés car n'appliquent pas le forfait
Modalité de suspension du forfait	3 détaillent les conditions de suspension du forfait 7 n'abordent pas ce point dans la convention 5 ne sont pas concernés car n'appliquent pas le forfait

SIGLES UTILISES

ADF	assemblée des Départements de France
ADMR	aide à domicile-en milieu rural
AD-PA	aide à domicile-personnes âgées
ANESM	agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APA	allocation personnalisée d'autonomie
APF	association des paralysés de France
ARS	agence régionale de santé
ASV	adaptation de la société au vieillissement
CARSAT	caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CASF	code de l'action sociale et des familles
CDCPH	conseil départemental consultatif des personnes handicapées
CFPSAA	confédération française pour la promotion sociale des aveugles et amblyopes
CNAV	caisse nationale d'assurance vieillesse
CNSA	caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CODERPA	comité départemental des retraités et personnes âgées
CPOM	convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens
CSF	compensation financière spécifique
CSF	confédération sociale des familles
DGCS	direction générale de la cohésion sociale
DREES	direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DIRECCTE	direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMP	entourage moyen pondéré
EMS	équipe médico-sociale
ETP	équivalent temps plein
FNAAFP	fédération nationale des associations d'aide familiale populaire
FNAQPA	fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées
FNADEPA	fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées
FNAPAEF	fédération nationale des associations de personnes âgées en établissements et de leurs familles
GCSMS	groupement de coopération sociale et médico-sociale
GIHP	groupement pour l'insertion des personnes handicapées physiques
GIR	groupes iso-ressources
GMP	GIR moyen pondéré
IGAS	inspection générale des affaires sociales
IGF	inspection générale des finances
MIG	mission d'intérêt général
MSA	mutualité sociale agricole
PCH	prestation de compensation du handicap
PII	plan d'intervention individualisé
RSI	Régime sociale des indépendants
SAAD	service d'aide et d'accompagnement à domicile
SEM	société d'économie mixte
SSIAD	service de soin infirmier à domicile
SSIG	service social d'intérêt général
SSR	service de suite et de réadaptation
UNA	union nationale de l'aide des soins et des services à domicile
UNCCAS	union nationale des centres communaux d'action sociale
UNIOSS	union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
UT	unité territoriale

BIBLIOGRAPHIE

Cette liste ne mentionne pas spécifiquement, sauf exception, les nombreux documents fournis par les fédérations ou unions nationales ainsi que les études et documents opérationnels réalisés ou transmis par les départements

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) ; Recommandations de bonnes pratiques ; *Le soutien des aidants non professionnels* ; janvier 2015.

Assemblée des départements de France ; Les documents de l'ADF ; *Refonder l'aide et l'accompagnement à domicile : l'ADF s'engage* ; mars 2012.

Assemblée des départements de France (ADF) et collectif des fédérations d'aide à domicile ; *Refondation des services prestataires d'aides et d'accompagnement à domicile : l'autoévaluation de l'ADF et du collectif des fédérations d'aide à domicile. De l'origine de la réforme au lancement du comité national de pilotage* ; 1^{er} trimestre 2014.

Assemblée Nationale ; Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques ; *Rapport d'information sur l'évaluation du développement des services à la personne* ; Pinville Martine et Poletti Bérengère, députées ; décembre 2014.

Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) ; commission d'action sanitaire et sociale ; *Analyse des tarifs de référence APA et de la tarification des services d'aide à domicile par les conseils généraux* ; février 2011.

Bourreau-Dubois Cécile, Gramain Agnès, Lim Helen, Xing Jingyue ; *Impact du reste à charge sur le volume d'heures d'aide à domicile utilisé par les bénéficiaires de l'APA* ; Document de Travail du centre d'économie de la Sorbonne, n° 2014 – 7 ; avril 2014.

Cour des Comptes, *Le développement des services à la personne et le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie* ; juillet 2014.

Centre d'études de l'emploi (CEE) ; *Dynamiques de transformation des modèles économiques des structures de l'ESS dans les services à domicile, analyse de cas* ; Garabige Alexandra, Gomel Bernard, Trabut, Loïc ; février 2015.

Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité – Observatoire régional de la santé (CREAI-ORS) Languedoc Roussillon ; *Etude sur l'utilisation partielle ou la non utilisation de l'aide accordée au travers de l'APA à domicile – mai-septembre 2014-* ; Ledésert Bernard, Desmartin Belarbi Valérie, Martinez Nathalie, Boulahtouf Hafid ; octobre 2014.

Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) du Ministère du travail, de l'emploi et du dialogue social :

- *Les services à la personne, en 2012, baisse de l'activité, sauf dans les entreprises prestataires* ; Dares Analyses, n°038 ; Thiérous Lydia ; mai 2014 ;
- *Les services à la personne, qui y recourt ? et à quel coût* ; Dares Analyses, n°063 ; Benoteau Isabelle et Goin Aurélie ; août 2014 ;
- *Les services à la personne en 2013, un fort recul de l'emploi direct accentue la baisse de l'activité du secteur* ; Dares Analyses, n°010 ; Thiérous Lydia ; février 2015.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et autres ministères :

- *Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables* ; Etudes et résultats n°748 ; Bérardier Mélanie, en collaboration avec Debout CLotilde ; février 2011.
- *Une décennie d'aide sociale des départements aux personnes âgées dépendantes (2001 – 2010)* ; Dossier solidarité et santé n°39 ; Marquier Rémy ; avril 2013.
- *Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources en 2011* ; Etudes et résultats n°876 ; Bérardier Mélanie ; février 2014.
- *Les ménages aisés envisageraient plus souvent de déléguer la prise en charge de leur proche parent dépendant* ; Dossier solidarité et santé n°57 ; Grobon Sébastien ; décembre 2014.
- *Dépenses d'aide sociale départementale en 2013 : une hausse soutenue du RSA* ; Etudes et résultats n°905 ; Amar, Elise ; février 2015.

Garner Hélène et Leuthereau-Morel Noel ; *Gouvernance et organisation des services à la personne en Europe* ; France Stratégie ; décembre 2014.

Inspection générale des affaires sociales & Inspection générale de l'administration (IGAS – IGA) *Mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles* ; Bruant-Bisson Anne ; de Reboul Jacques Bertrand et Aube-Martin Philippe ; octobre 2010.

Inspection générale des affaires sociales (IGAS) *Evaluation de la COG 2009-2013 Etat – CNAV* ; Bernay André, Maymil Vincent, Fillion Stéphanie, Veronneau Jérôme ; octobre 2013.

MODAPA (voir site www.modapa.cnrs.fr) :

- *Les déterminants du volume d'aide professionnelle pour les bénéficiaires de l'APA à domicile : le rôle du reste-à-charge* ; notes MODAPA n°1 ; octobre 2014.
- *Le rôle régulateur des conseils généraux dans le secteur de l'aide à domicile* ; notes MODAPA n°2 ; novembre 2014.
- *La tarification des services d'aide à domicile : un outil au service des politiques départementales ?* notes MODAPA n°2 ; décembre 2014.

Poletti Bérengère, députée, pour la Ministre des solidarités et de la cohésion sociale *Mission relative aux difficultés financières de l'aide à domicile et aux modalités de tarification et d'allocation de ressources des SAD pour publics fragiles* ; janvier 2012.

Sénat ; Commission des affaires sociales ; *Rapport d'information sur l'aide à domicile* ; Vanlerenberghe Jean Marie et Watrin Dominique, sénateurs ; juin 2014.

Vatan Sylvain, Université Lille 1, pour DIRECCTE Nord – Pas de Calais ; *Les mutations de l'aide à domicile en région Nord – Pas de Calais* ; synthèse de la Direccte, n° 22 ; mai 2013.

QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX DEPARTEMENTS

Questionnaire IDEAL Connaissances pour les départements

Madame, Monsieur,

Une mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) travaille actuellement sur l'évaluation des expérimentations de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) pour les personnes âgées et les personnes handicapées. L'assemblée des départements de France (ADF) est informée de cette demande d'information auprès des départements pour savoir s'ils s'inscrivent dans l'expérimentation telle que définie à l'article 150 du projet de loi de finances pour 2012 ou s'ils ont mis en oeuvre des évolutions dans les modalités de tarification des services d'aide à domicile. Ce bref questionnaire nécessite environ 10 minutes pour être renseigné. Les résultats permettront d'avoir une vision d'ensemble au niveau national des approches retenues par les départements. Nous vous remercions pour le temps que vous y consacrerez.

Si une question vous pose une difficulté, veuillez contacter Vincent JAOUEN (vincent.jaouen@igas.gouv.fr)

Vous représentez le Département de:

* Obligatoire *

Nom et prénom de la personne qui remplit le questionnaire (pour demande d'informations complémentaires si besoin)

Fonction

Contact mail

* Obligatoire *

Avez-vous mis en place une expérimentation de tarification pour les SAAD sur la base de l'arrêté du 30 août 2012 pour les personnes âgées et les personnes handicapées (ou par l'arrêté du 6 janvier 2014 pour les personnes handicapées) ?

Public PA ☐ Oui ☐ Non à partir de

Public PH ☐ Oui ☐ Non à partir de

Suivant

En cas de réponse « OUI » à la question précédente

Pour le public PA, quel pourcentage des heures APA du département cela représente-t-il ?

Quelle approche tarifaire le conseil général a-t-il retenu pour cette expérimentation pour le paiement des prestations APA et/ou PCH

Dans le cadre de cette expérimentation, des conventions ont-elles été signées avec des services agréés ?

☐ Oui ☐ Non

Précédent

Suivant

En cas de réponse « NON » à la question précédente

Votre département ne s'inscrit pas dans l'expérimentation, cependant des modalités de tarification appliquées à certains SAAD ont-elles évolué ?

Public PA ☐ Oui ☐ Non à partir de

Public PH ☐ Oui ☐ Non à partir de

Pour le public PA, quel pourcentage des heures APA du département cela représente-t-il ?

[Précédent](#)[Suivant](#)

Des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ont-ils été signés avec certains ou tous les SAAD de votre département ?

Public PA ☐ Oui ☐ Non à partir de

Public PH ☐ Oui ☐ Non à partir de

Le département a-t-il mis en place une forfaitisation de la contribution demandée à l'utilisateur (paiement mensuel fixe de l'utilisateur sur la base du plan d'aide accepté) ?

☐ Oui ☐ Non

Le département prend-il en compte l'entourage (par exemple en se référant à l'entourage moyen pondéré -EMP) ?

☐ Oui ☐ En cours de réflexion ☐ Non

Nous vous remercions pour vos commentaires :

[Valider](#)