

Observatoire national de l'Action Sociale

# SERVICE DES ALLOCATIONS DE SOUTIEN À L'AUTONOMIE OÙ EN EST-ON ?

Rapport rédigé par Didier Lesueur  
et Jean-Louis Sanchez

Etude conduite par Estelle Camus,  
Catherine Lhéritier et Claudine Padieu.

Avec le soutien de la Caisse nationale  
de solidarité pour l'autonomie



et la participation de la  
Direction générale de la cohésion sociale



Éditions ODAS



# SOMMAIRE

<b>Méthodologie</b>	7
<b>Introduction</b>	9
<b>PREMIERE PARTIE</b>	
<b>L'établissement du droit: le maintien d'un traitement différencié</b>	13
<b>I - Le service de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie</b>	17
<b>A - La reconnaissance du droit</b>	18
La composition des équipes d'évaluation	
La territorialisation des équipes d'évaluation	
La grille d'évaluation	
L'information sur le plan d'aide	
L'estimation de la dépense	
<b>B - La mise en œuvre du droit</b>	27
Les montants	
L'égalité de traitement entre usagers	
L'accompagnement	
La révision du plan d'aide	
<b>II - Le service de la Prestation de Compensation du Handicap</b>	34
<b>A - La reconnaissance du droit</b>	34
La composition des équipes d'évaluation	
La territorialisation des équipes d'évaluation	
La grille d'évaluation	
L'information sur le plan de compensation	
Le recours au fonds de compensation	
<b>B - La mise en œuvre du droit</b>	38
Les montants	
L'égalité de traitement entre usagers	
L'accompagnement des bénéficiaires	
La révision du plan de compensation	

## **DEUXIEME PARTIE**

### **La rationalisation des organisations et des aides : la recherche de solutions convergentes**

47

#### **I – La création de plateformes communes d’orientation et d’intervention**

49

##### **A - Le rapprochement des services centraux se généralise**

49

##### **B - L’émergence des maisons de l’autonomie se confirme**

52

##### **C - L’optimisation des ressources administratives se précise**

54

##### **D - La coordination des intervenants s’organise**

57

##### **E – L’établissement d’un parcours de santé se dessine**

59

#### **II – Le traitement rationalisé de l’offre de service**

62

##### **A – La difficile harmonisation des plans d’aide et de compensation**

62

Les aides humaines

Les autres aides

##### **B – La rationalisation de l’offre de prestations**

66

La perception d’un imbroglio réglementaire

La mise en œuvre d’une tarification complexe

Un contrôle d’effectivité plus performant

Le renforcement de la coopération avec les services prestataires

##### **C – Le développement d’une offre nouvelle**

78

L’aide aux aidants

L’accueil temporaire

Le développement de passerelles entre le domicile et l’établissement

### **Conclusion**

85

### **Annexes**

87

Annexe I – Préconisations de l’Odas

Annexe II – Liste récapitulative des interlocuteurs rencontrés ou contactés

Annexe II – Composition de la commission autonomie (au 1er janvier 2014)

Annexe III – Principaux sigles et abréviations utilisés



## **Les publications de l'Observatoire national De l'Action Sociale (Odas) sur l'autonomie**

- Cahier de l'Odas, *Optimiser le soutien à domicile des personnes âgées - Pour une meilleure complémentarité entre caisses de retraite et départements*, 2014
- Cahier de l'ODAS, *Du soutien à la dépendance au soutien à l'autonomie*, 2011
- Rapport de l'Odas, *Handicap et droit à compensation : quelles nouvelles pratiques? Etudes sur les Plans Personnalisés de Compensation*, 2007
- Cahier de l'ODAS, *Soutien à l'autonomie : nouveau regard, nouvelles réponses*, 2007
- Rapport de l'ODAS, *Maisons Départementales de Personnes Handicapées : une réforme bien engagée*, 2006
- Ouvrage, SANCHEZ Jean-Louis, Anne LATTY, *Réussir l'observation gérontologique - Vieillesse et cohésion sociale*, DUNOD, 2003
- Rapport de l'ODAS, *Dépendance et handicap : la décentralisation au service de l'autonomie*, 2003
- Rapport de l'ODAS, *Allocation personnalisée d'autonomie : enjeux et perspectives*, 2003
- Ouvrage, RISSELIN Patrick, *Handicap et citoyenneté au seuil de l'an 2000*, Odas Editeur, 1998
- Cahier de l'ODAS, *Prestation spécifique dépendance et qualité du soutien au vieillissement*, 1998
- Cahier de l'ODAS, *La PSD un an après : premières tendances*, 1998
- Ouvrage, Jean-Louis SANCHEZ, Thierry GEVAUDAN, Bernard MARTINET, *Vieillesse et cohésion sociale : mieux observer pour mieux décider*, Odas Editeur, 1995
- Cahier de l'ODAS, *Personnes âgées, villes et emplois de proximité*, 1994
- Ouvrage, Nicolas BRUNNER, Philippe COSTES, Mireille GUYOMARCH, Marie-Christine SARRE, *Grand âge et dépendance*, ENSP editeur, 1992

***Pour en savoir plus sur les travaux de l'Odas,  
sa composition, ses manifestations et ses publications :  
[www.odas.net](http://www.odas.net) et [www.apriles.net](http://www.apriles.net)***

# METHODOLOGIE

L'étude sur la mise en œuvre par les Départements de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) à domicile a été conduite par l'Observatoire national De l'Action Sociale (ODAS), avec le soutien de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), de septembre 2012 à décembre 2014. En conséquences, ce travail a été réalisé avant la promulgation de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

S'appuyant sur l'analyse et la comparaison des pratiques des Départements dans l'application des politiques publiques en faveur des personnes âgées et personnes handicapées, dans le cadre du maintien à domicile, les objectifs de cette étude étaient :

- d'améliorer la connaissance des mécanismes de mise en œuvre de l'APA et de la PCH ;
- de préciser les modalités des relations établies entre les opérateurs de services à domicile et les Départements ;
- de faire émerger les pistes de rationalisation, de transparence, d'égalité de traitement... à travers l'identification de « bonnes pratiques » au sein des Départements et avec leurs partenaires ;
- de favoriser l'optimisation des moyens financiers et des moyens humains, en s'attachant à l'analyse des éléments de convergence des politiques d'autonomie.

Pour mener cette étude, l'ODAS a recueilli et interprété des données quantitatives et qualitatives, et construit les constats et les préconisations en s'appuyant sur une démarche d'observation partagée.

Un questionnaire d'enquête a été adressé à l'ensemble des Départements métropolitains, auquel ont répondu 83 d'entre eux. Les items portaient sur six thématiques, avec un traitement séparé de l'APA et de la PCH. Ce questionnaire a été complété

par une enquête flash, concernant les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) passés entre les Départements et les services à domicile. Elle a donné lieu à 65 réponses dont celles de quasiment tous les Départements s'étant actuellement engagés dans ce type de contractualisation avec leurs services.

Parallèlement, des visites sur sites ont été conduites dans dix Départements<sup>1</sup>, sélectionnés en fonction de leur diversité géographique, démographique, sociale et politique. Ils ont également été retenus en raison de leur participation à des dispositifs ou expérimentations au moment de l'étude : convention section IV avec la CNSA, dispositifs Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer (MAIA)<sup>2</sup> et/ou Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) ; expérimentation de forfait global. Ces visites ont donné lieu à des entretiens individuels ou collectifs semi-directifs avec les services des Départements et des MDPH, ainsi qu'avec les autres acteurs de la coordination gérontologique : Centre local d'information et de coordination (CLIC), services d'aides à domicile, pilote MAIA, Agence régionale de Santé (ARS), Caisses de retraite (CARSAT et MSA) Ces entretiens ont été conduits par les collaborateurs de l'ODAS, accompagnés de membres volontaires de la commission autonomie de l'Odas.

Celle-ci est composée de personnes ressources, issues des diverses institutions qui contribuent aux politiques de soutien à l'autonomie (annexe II). Elle s'est réunie à huit reprises afin non seulement de partager l'analyse des données recueillies dans le cadre de l'enquête et des visites sur sites, mais également d'échanger avec des professionnels présentant des pratiques ou des réflexions innovantes.

<sup>1</sup>Il s'agit des Départements suivants : Allier, Côtes-d'Armor, Creuse, Doubs, Lozère, Maine-et-Loire, Oise, Pas-de-Calais, Rhône, Var.

<sup>2</sup> Cette terminologie est en cours d'évolution pour devenir : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie.

## INTRODUCTION

Ces vingt dernières années, les politiques de soutien aux personnes âgées ont profondément évolué et tout particulièrement celles des Départements qui se consacrent dorénavant bien plus à l'accompagnement de la perte d'autonomie qu'à celui de la pauvreté. En effet, la situation sociale des retraités s'est continuellement améliorée durant cette période. Il s'agit désormais de faire d'abord face au handicap lié à l'âge. Ce qui a été consacré notamment par la loi 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 (APA).

Or, cette évolution essentielle remet en question la séparation traditionnelle qui était faite avec les politiques de soutien aux personnes handicapées, quelle que soit l'origine du handicap : naissance, maladie ou accident. D'ailleurs la loi 2005-102 du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a posé le principe de la convergence des politiques de soutien aux personnes handicapées avec celles de soutien aux personnes âgées. Une aspiration d'autant plus souhaitable que le reste de l'Europe ne distingue pas les notions de dépendance et de handicap et ne fait donc pas référence à l'âge comme critère de détermination du droit. Cette recherche de convergence est d'ailleurs plébiscitée par toutes les institutions soucieuses de l'adaptation de notre modèle de solidarité aux évolutions de notre société.

Or cette convergence, dix ans après la loi du 11 février 2005, a peu progressé car le processus d'harmonisation se heurte à de nombreux obstacles. On peut d'abord mentionner la crainte souvent exprimée par les associations représentant les personnes en situation de handicap que l'harmonisation des systèmes d'aide ne se fasse au détriment des personnes handicapées. On peut aussi noter les traditionnelles résistances au changement des organisations qui se vérifient tout particulièrement lorsqu'il s'agit de s'attaquer aux

méthodes et aux postures d'évaluation et d'accompagnement de la dépendance et du handicap. Et l'on sait que la période n'est pas propice à des évolutions qui peuvent induire des revendications nouvelles tant des usagers que des professionnels et donc des coûts supplémentaires.

Mais surtout le principe de convergence a du mal à se concrétiser dans les dispositifs d'aide en raison de l'existence de divergences profondes entre la conception qui a prévalu lors de la construction des politiques de soutien au handicap et celle qui fonde le soutien à la dépendance. C'est tout particulièrement vrai pour les allocations créées dans les deux domaines. En effet, l'APA a été mise en place pour aider, dans un esprit de solidarité, les personnes dépendantes à surmonter leurs difficultés. La finalité de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) est quant à elle plus large et se rapproche davantage de l'idée de réparation : parce qu'on cherche à compenser les effets du handicap, le niveau d'aide est beaucoup plus important et celle-ci peut aussi concerner l'indemnisation de l'aide apportée par la famille. D'ailleurs, la réforme engagée depuis peu en vue « de l'adaptation de la société au vieillissement » ne comporte que de rares dispositions en matière de convergence, essentiellement axées sur la gouvernance.

Il reste que ces difficultés, relatives à l'harmonisation des politiques de soutien à la dépendance et au handicap, n'ont pas pour autant empêché la réalisation de progrès importants dans les réponses apportées à ces deux publics. Du côté de l'Etat comme des collectivités départementales, les initiatives se sont multipliées ces dernières années pour améliorer l'adéquation aux besoins, tant en ce qui concerne la progression des droits que le développement de l'offre de service. D'ailleurs il n'est pas sans intérêt de relever que la décentralisation ne s'est pas caractérisée par une régression de l'offre de service, comme ses détracteurs le craignaient, mais par une amplification sans précédent<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Rapport de l'ODAS, *Les indispensables réformes – Propositions issues du bilan de 30 ans de décentralisation*, 2015. Téléchargeable sur [www.odas.net](http://www.odas.net)

Pour autant ces avancées considérables ne doivent pas atténuer l'intérêt d'une analyse plus approfondie de la manière dont ces politiques ont été concrètement engagées sur les territoires. Car nombreux sont ceux qui s'interrogent notamment sur l'hétérogénéité des réponses, qui bien qu'induite par la nature même de la décentralisation, peut susciter des inquiétudes légitimes quant au respect par exemple de l'égalité de traitement entre tous. Et celles-ci portent bien évidemment principalement sur le service des allocations APA et PCH à domicile, car il s'agit, dans ce cas de figure, de droits dont les conditions d'attribution ont été établies sur le plan national et doivent donc être respectées partout. A cette préoccupation s'en greffe une autre, celle de l'optimisation des ressources affectées au soutien à l'autonomie, tout particulièrement en ce qui concerne leur impact sur la création d'emploi mais aussi sur la construction d'une démarche de prévention.

C'est donc pour répondre à ces interrogations, que l'Observatoire national De l'Action Sociale (ODAS) avec le soutien de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), a engagé une étude en s'appuyant non seulement sur une enquête nationale, mais aussi sur l'examen approfondi des services concernés de 10 Départements représentatifs de la diversité des situations<sup>4</sup>. Et pour veiller à ce que l'analyse s'effectue dans des conditions garantissant la neutralité de la démarche, une commission interinstitutionnelle<sup>5</sup> constituée à cette fin a été régulièrement associée à la conception de la démarche et à l'analyse des résultats.

Il s'agit en effet d'observer comment les services des Départements poursuivent leurs efforts d'adaptation pour mieux répondre aux besoins des personnes dans deux directions : l'établissement des droits (1<sup>re</sup> partie) mais aussi leur mise en œuvre par la rationalisation des organisations et des aides (2<sup>e</sup> partie).

<sup>4</sup> Voir en annexe II la liste des personnes rencontrées.

<sup>5</sup> Voir en annexe III la liste des membres de la commission autonomie de l'ODAS.



## Première partie

### L'ETABLISSEMENT DU DROIT : LE MAINTIEN D'UN TRAITEMENT DIFFERENCIÉ

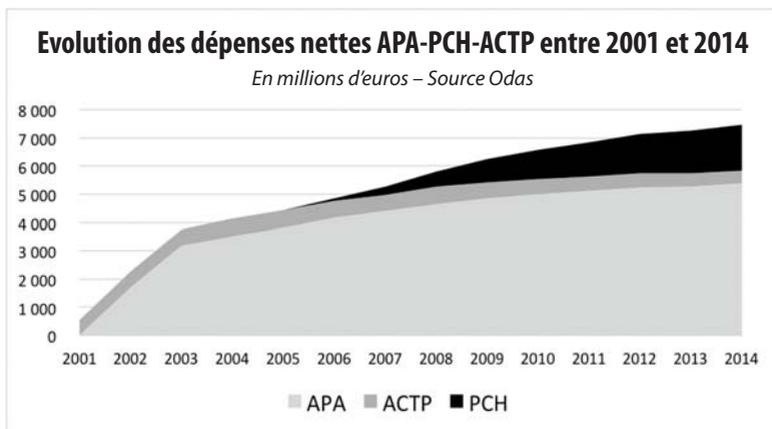
Lorsque la décentralisation des responsabilités sociales a été décidée en 1984 par le législateur, il ne s'agissait pas de confier aux Départements, sinon exceptionnellement, la mission de mettre en œuvre des droits définis au niveau national. C'est une mission normalement impartie aux organismes de protection sociale. Mais dans le domaine du soutien au handicap, une brèche existait depuis longtemps, celle concernant le versement de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)<sup>6</sup>, qui relevait de la compétence des Départements avant 1984. C'est pour cette raison que lorsque le législateur a créé la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), puis l'APA et ensuite la PCH, il n'a pas hésité à confier cette responsabilité aux Départements.

Or cette responsabilité n'est pas sans conséquences lourdes pour ceux-ci. En effet, si l'on se réfère aux dépenses nettes<sup>7</sup> d'action sociale des Départements en 2014<sup>8</sup>, celle relative à l'APA s'élève à 5,4 milliards d'euros, et celle relative à la PCH s'élève à 1,6 milliards d'euros, et à près de 2,1 milliards d'euros si l'on y ajoute l'ACTP.

<sup>6</sup> Rappelons que cette allocation créée pour les personnes en situation de handicap ne comportait pas de limite d'âge et fut rapidement utilisée pour subvenir à la prise en charge des personnes âgées dépendantes qui faisaient reconnaître leur handicap par les COTOREP.

<sup>7</sup> La dépense nette d'action sociale correspond à la dépense de laquelle sont déduites les recettes correspondant aux participations éventuelles des bénéficiaires et autres contributeurs, ainsi qu'aux recouvrements d'indus.

<sup>8</sup> Les chiffres indiqués dans ce paragraphe concernent la France métropolitaine. Source : Lettre de l'Odas, *Les dépenses départementales d'action sociale en 2014 - Le doute n'est plus permis*, juin 2015.



La part consacrée aux allocations pour perte d'autonomie par les Départements représente donc 21,3 % du total de leur dépense nette d'action sociale. C'est donc une responsabilité budgétaire considérable qui tend d'ailleurs à dénaturer le rôle politique des Départements, puisqu'il s'agit d'une dépense dont les règles sont fixées par l'Etat.

En outre, il s'agit d'une dépense qui pèse de plus en plus sur les équilibres budgétaires des Départements car la charge nette (une fois déduites les contributions de la CNSA) s'élève à 5,2 milliards d'euros, soit 19,1 % de la charge nette de l'ensemble de l'action sociale départementale<sup>9</sup>. La situation risque de se dégrader encore.

En effet, bien que la montée en charge de l'APA à domicile soit terminée, l'APA en établissement continue de progresser fortement<sup>10</sup> (+6 % en 2010, +5,2 % en 2011, +5 % en 2012, +2,4 % en 2013, +5,1 %

<sup>9</sup> Ainsi, les Départements assument le financement de près de 70% du montant de ces allocations.

<sup>10</sup> L'accroissement de la dépense d'APA en établissement est la conséquence de l'accroissement du niveau de perte d'autonomie des résidents des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendants (EHPAD) qui nécessite une médicalisation accrue. Les conventionnements tripartites ont un effet mécanique sur l'accroissement des sections dépendance des établissements financées principalement par l'APA. L'APA en établissement contribue donc à financer les dépenses d'hébergement. En 2014, elle s'élève à 2,3 milliards d'euros pour 512 000 bénéficiaires (source Odas).

en 2014). Et il n'est pas sans intérêt de rappeler par ailleurs les perspectives démographiques qui pourraient dans les prochaines années redynamiser la demande d'APA. Quant à la PCH, elle ne cesse de progresser (+26,5 % en 2010, +16,2 % en 2011, +14,8 % en 2012, +8,6 % en 2013, +6,6 % en 2014). Les Départements ont donc tout lieu de s'inquiéter.

Fort heureusement, ces allocations représentent en contrepartie un atout pour l'emploi local parce qu'elles génèrent une activité non délocalisable et répartie sur tout le territoire, car ces deux allocations sont pour l'essentiel utilisées pour le paiement d'aides humaines. L'optimisation du service de ces allocations constitue donc un enjeu important pour les Départements, non seulement sur le terrain de la gestion mais aussi sur celui de l'emploi, avec pour première préoccupation d'harmoniser autant que faire se peut leur traitement. C'est d'ailleurs l'une des raisons qui a poussé à la création de la CNSA, dotée d'une compétence d'ensemble sur la perte d'autonomie, non seulement pour répartir le financement des allocations entre la solidarité nationale et la solidarité locale, mais aussi afin d'encourager la rationalisation des dispositifs.

Il reste que cette traduction nationale d'une convergence recherchée entre les politiques de la dépendance et les politiques du handicap ne peut suffire à elle seule à contourner les multiples raisons qui ralentissent ce processus. Il faut notamment pouvoir tenir compte sur un plan opérationnel de la multiplicité des besoins en matière de soutien au handicap qui a engendré historiquement une grande diversité de prestations et de financeurs. Il faut également pouvoir préserver l'utile implication des associations représentatives des personnes en situation de handicap dans la définition et la mise en œuvre des réponses concernant leurs publics. Concrètement, la création des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) voulue à cet effet ne favorise guère la mise en œuvre d'une vision unifiée des deux secteurs (dépendance et handicap), tant sur le plan de l'organisation que du fonctionnement.

Ces contraintes se vérifient tout particulièrement en ce qui concerne la délivrance des allocations APA et PCH. Non seulement le fondement théorique et le contenu des deux allocations sont différents, mais les modalités d'attribution le sont aussi et tout particulièrement en ce qui concerne la source de décision. Ainsi, alors que pour l'APA la décision d'attribution relève de la responsabilité du Président du conseil départemental qui décide, pour la PCH la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la MDPH est l'instance décisionnaire. Or, cette dissociation institutionnelle a un impact décisif sur l'architecture des dispositifs, dont la séparation entre le service de l'APA (I) et le service de la PCH (II) reste la règle.

# I - Le service de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie

Rappelons que la perte d'autonomie est reconnue pour l'APA, lorsque la personne de 60 ans et plus nécessite une assistance pour accomplir les actes de la vie quotidienne ou une surveillance régulière. L'évaluation de la perte d'autonomie consiste à déterminer, pour chaque personne, le Groupe iso-ressources (GIR)<sup>11</sup> qui correspond à sa situation. Cette évaluation donne alors lieu à l'établissement d'un plan d'aide, qui détermine les besoins engendrés dans chaque environnement spécifique par l'état de dépendance, et les valorise.

Si l'accès à l'APA n'est pas conditionné par un niveau de ressource, le montant de la prise en charge en est affecté. Seules les personnes dont les revenus sont inférieurs à 0,67 fois la majoration tierce personne (MTP)<sup>12</sup>, soit 8 868,78 € par an, percevront l'intégralité de l'allocation (16 % des bénéficiaires en 2011, pourcentage en baisse depuis 2007)<sup>13</sup>. Pour les autres, leur participation, appelée « ticket modérateur » sera plus ou moins importante selon les ressources du foyer fiscal. Elle pourra même atteindre 90 % du montant du plan d'aide si ses ressources atteignent 2,67 fois le montant de la MTP soit 35 342,74 € par an (2 % des bénéficiaires en 2011, pourcentage stable par rapport à 2007<sup>14</sup>). Enfin, un montant

<sup>11</sup> Le Groupe Iso-Ressource, où GIR permet de classer chaque personne selon son niveau de dépendance, des plus dépendantes (GIR 1) aux moins dépendantes (GIR 6). La grille AGGIR, outil de référence pour l'APA, permet de mesurer l'autonomie de la personne âgée à travers l'observation des activités qu'elle effectue seule. Un algorithme est ensuite appliqué à dix variables discriminantes afin de calculer un score auquel correspond un GIR. Le classement en GIR 1 à 4 ouvre droit à l'APA.

<sup>12</sup> La « majoration pour tierce personne » (MTP), servie par les organismes de sécurité sociale, permet à son bénéficiaire de percevoir une majoration de sa pension d'invalidité ou de sa rente liée à un accident du travail ou une maladie professionnelle. Elle est prévue sous conditions d'assistance d'une tierce personne. Son montant est revalorisé annuellement. Le montant annuel de la MTP est de 13 236,98 €.

<sup>13</sup> BERARDIER MELANIE, *Les bénéficiaires de l'APA à domicile et leurs ressources en 2011*, Février 2014, Paris : DREES, février 2014, (Etudes et résultats n° 876).

<sup>14</sup> *Ibid.*

maximum d'allocation est fixé par GIR, pour l'ensemble des aides proposées à la personne âgée.

Pour gérer ce dispositif, les Départements ont donc dû mettre en place une organisation apte à reconnaître le droit à l'allocation (A) et à suivre sa mise en œuvre (B).

## **A – La reconnaissance du droit**

Afin d'élaborer au mieux les plans d'aide, les équipes médico-sociales déterminent le niveau de dépendance et les besoins de la personne dans son environnement en se rendant à son domicile. Pour mettre en œuvre cette mission, près de neuf Départements sur dix s'appuient exclusivement sur du personnel qu'ils ont recruté à cet effet. D'ailleurs on peut noter que ce souci de traiter par des moyens internes l'évaluation se renforce depuis deux ans, traduisant ainsi la volonté des Départements de maîtriser le plus complètement possible le dispositif d'évaluation.

### **La composition des équipes d'évaluation**

Pour les Départements qui ont recours à d'autres organismes pour compléter l'action de leurs propres personnels, on peut relever qu'ils s'appuient principalement sur des instances gérontologiques comme les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC). C'est ce qui explique aussi que les Départements aient majoritairement privilégié le traitement interne, car le nombre de CLIC de niveau 3 est peu élevé et leur répartition sur le territoire très inégale. Quant aux centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS ou CIAS), ils sont peu sollicités car ils ne sont pas outillés pour ce type d'évaluation.

En ce qui concerne le profil du personnel des Départements, il faut noter que la situation a peu évolué ces dernières années. En effet, les travailleurs sociaux restent majoritaires dans plus de la

moitié des Départements. Seul moins d'un tiers des Départements privilégient, dans la composition de l'équipe, le personnel médical et infirmier. Cette situation s'explique en partie par la difficulté à recruter des personnels médicaux et paramédicaux. Elle correspond aussi à la volonté des Départements d'enrichir les plans d'aide d'une vision relationnelle et systémique, au côté de l'approche strictement technique.

D'ailleurs, dans un tiers des Départements, le contenu des plans d'aide s'étend au-delà des prestations strictement financées par l'APA<sup>15</sup>. Il s'agit dans ce cas de plans plus globaux, traitant notamment de l'environnement humain de la personne. Ce qui peut être utile car les Départements peuvent financer en dehors de l'APA des actions de soutien aux aidants proches.

Pour deux tiers des Départements, la visite à domicile, réalisée le plus souvent par une seule personne, peut s'effectuer par deux personnes au moins chaque fois que la situation est jugée complexe. Dans tous les cas, le plan est arrêté après concertation avec d'autres membres de l'équipe à laquelle les évaluateurs sont rattachés. C'est ce qui ressort de l'étude des pratiques dans les dix Départements visités qui ont tous mentionnés leur profond attachement au caractère pluridisciplinaire de l'évaluation. Cette pratique est facilitée par l'utilisation, dans 79 % des Départements, d'un référentiel d'harmonisation des plans entre les diverses équipes d'évaluation. Il s'agit généralement d'un document écrit, même si quelques rares Départements se contentent d'un ensemble de principes non formalisés mais constitutifs d'une véritable « jurisprudence ».

<sup>15</sup> Il s'avère toutefois que les parties de ce plan qui ne concernent pas directement l'APA ne font pas l'objet d'un traitement systématique. Ce qui ne permet pas facilement l'agrégation de ces informations, nécessaires pour apprécier l'évolution globale des besoins.

## La territorialisation des équipes d'évaluation

Depuis la décentralisation, les Départements n'ont cessé de rechercher une consolidation des liens de proximité avec les habitants en s'attachant à améliorer les modes de déconcentration de leurs services sociaux et médico-sociaux sur les territoires infra-départementaux. Mais les services gérant les politiques de soutien aux personnes âgées et aux personnes handicapées ont longtemps échappé à ce mouvement. En effet, leur responsabilité portait principalement sur la délivrance de prestations traditionnelles d'aide sociale (davantage orientées vers la pauvreté) qui ne nécessitait pas le recours à du personnel spécialisé sur les problématiques de la dépendance et du handicap. D'ailleurs, la constitution et l'instruction des demandes d'aide sociale les concernant étaient assurées par les communes, avec leur CCAS.

Or l'établissement du droit à l'APA nécessite un personnel plus qualifié et la mise en œuvre d'une organisation adaptée. C'est pourquoi les Départements se sont progressivement détournés des CCAS pour se doter en interne des moyens permettant l'instruction des demandes et l'évaluation des besoins des personnes en perte d'autonomie. Une évolution rendue encore plus nécessaire par l'importance du nombre de dossiers. On peut en effet évaluer, en considérant que la durée moyenne d'attribution de l'aide est de quatre ans, à plus de 180 000 sur 718 000 bénéficiaires au 31 décembre 2014<sup>16</sup> le nombre de dossiers nouveaux qu'il faut instruire chaque année. Or à l'instruction de ces dossiers nouveaux, il convient d'ajouter la révision des dossiers actifs qui porterait chaque année sur un tiers d'entre eux, soit 258 000.

On peut ainsi mesurer l'importance de cette mission, qui justifie que la démarche de territorialisation des services gérontologiques s'amplifie, avec 69 % des Départements qui ont décidé de baser localement leurs équipes contre 62 % en 2011. Un processus voulu

<sup>16</sup> Source ODAS – nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile.

par les Départements pour des raisons essentiellement gestionnaires (réduire les déplacements et faciliter la coordination entre acteurs) mais qui pourrait avoir dans l'avenir une dimension plus stratégique grâce à une connaissance plus qualitative des besoins collectifs spécifiques à chaque territoire infra-départemental.

L'organisation hiérarchique des équipes pourrait faciliter cette option. En effet, dans la majorité des cas, l'équipe, lorsqu'elle est territorialisée, est placée sous l'autorité hiérarchique du responsable du territoire sur lequel elle intervient. Or, dans leur grande majorité, les Départements utilisent les découpages territoriaux déjà existants pour les autres services. On pourrait donc obtenir à terme, sur chaque territoire, des diagnostics locaux de prévention intégrant non seulement les questions d'exclusion sociale, mais aussi d'exclusion lié à la perte d'autonomie. C'est l'intention du Département des Côtes d'Armor, qui en réponse à une vision encore plus ambitieuse de la territorialisation, a regroupé dans ses « Maisons du Département » (cinq au total), l'ensemble des compétences du Département. Tous les services (social et médico-social, route, collège...) sont ainsi placés sous l'autorité hiérarchique d'un directeur à qui est confié explicitement une responsabilité de développement du territoire.

En ce qui concerne les Départements qui n'ont pas bâti leur territorialisation gérontologique en l'intégrant dans la territorialisation des autres services du Département, il faut mentionner que pour un certain nombre d'entre eux, ceci résulte d'un choix dicté par la volonté de créer de véritables pôles communs à la dépendance et au handicap. Car pour être connu et reconnu, ces pôles doivent bénéficier d'une grande visibilité et donc d'une forte identité.

C'est le choix du Département du Doubs qui a déployé des « Pôles territoriaux handicap et dépendance », ou du Département de l'Oise qui à l'issue de plusieurs évolutions successives a organisé des « Relais autonomie », ou encore du Département de Meurthe-et-Moselle qui a structuré des « Services territoriaux Personnes âgées – Personnes handicapées ».

A noter enfin que les Départements qui n'ont pas organisé une déconcentration de leurs services en charge des personnes âgées (31 %), ont cependant prévu une sectorisation d'activité pour les personnels chargés des évaluations APA, qui restent affectés au siège. Un choix fait par exemple par les Départements du Var et du Maine-et-Loire.

## **La grille d'évaluation**

Conformément aux attentes du législateur, tous les Départements ont recours à la grille « AGGIR » et mettent en place à cet effet des plans de formation adaptés dans huit cas sur dix. L'utilisation relativement simple de cette grille a permis aux services Départementaux de s'en emparer facilement, mais elle suscite des critiques récurrentes quant à ses limites.

Selon les professionnels interrogés lors des visites de terrain, la grille AGGIR ne permet pas d'apprécier correctement les habitudes de vie, la contribution de l'environnement social de la personne, la mobilité et les conditions d'habitat. Elle semble en outre peu adaptée à la complexité des troubles psychiques qui touchent de plus en plus de personnes vieillissantes. C'est pourquoi les Départements attendent avec impatience le résultat des études menées actuellement au niveau national par les Caisses de retraites du régime général et par la CNSA pour définir un outil d'évaluation multidimensionnel mieux adapté à l'évaluation de la dépendance des personnes âgées. Cet outil pourrait s'inspirer des enseignements de l'utilisation, dans le cadre du déploiement des MAIA, d'un GEVA (guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées) adapté à l'évaluation de la dépendance. Cette grille est d'ailleurs dès à présent utilisée par le Département du Maine-et-Loire dans le cadre de binômes associant évaluateurs APA et PCH. Mais cet outil semble encore très perfectible, selon les évaluateurs APA que nous avons interrogés, en raison de sa lourdeur d'utilisation lors des évaluations à domicile. Certains professionnels nous ont donc orientés vers une autre voie, celle d'une adaptation de la

grille AGGIR, mais en intégrant pour les éléments de contexte ceux utilisés par les CARSAT qui s'avère particulièrement performant. Enfin, les évaluateurs interrogés lors des visites de terrain relèvent que l'utilisation d'une grille, quelle qu'en soit la qualité, ne doit pas aboutir à neutraliser toute appréciation subjective des besoins réels de la personne.

## **L'information sur le plan d'aide**

Le droit à l'information des personnes concernant le traitement de leur demande doit être respecté dès le dépôt de cette dernière. C'est pourquoi deux tiers des Départements désignent immédiatement un référent nominatif. En revanche, seul un Département déclare permettre aux demandeurs de l'APA de suivre l'avancée de leur dossier via internet, alors que cela favoriserait pourtant une information en temps réel sur l'état de la demande. En outre peu d'informations sont fournies à ce stade et il faut attendre généralement l'évaluation à domicile pour qu'une explication plus complète soit donnée sur les mécanismes concrets de l'APA. Une première notice d'information peut être alors remise à la personne, comme c'est le cas dans le Département de l'Allier ou dans celui du Rhône.

Ce n'est que lorsque le plan est arrêté que les personnes concernées reçoivent une notification d'ouverture des droits qui, dans 82% des Départements est accompagnée d'un document détaillé sur le contenu des aides. Mais alors que l'évaluation des besoins est censée porter sur l'ensemble des aides souhaitables, ces informations ne portent, sauf rares exceptions, que sur les interventions qui peuvent être prise en charge par l'APA. Et elles permettent rarement aux bénéficiaires d'établir un lien entre les aides accordées (nombre d'heures, financement d'aides techniques...) et le montant de l'allocation.

C'est pourquoi dans un souci de mieux expliquer le contenu du plan, certains Départements, comme le Doubs ou la Sarthe, ont défini un « Plan d'Intervention Individualisé » (PII), dans le cadre

de leur démarche de contractualisation avec les services à domicile. Ce PII, remis au bénéficiaire mais aussi au service retenu pour les prestations, reprend toutes les aides identifiées lors de l'évaluation pour répondre aux besoins de la personne (portage de repas, aides à l'aménagement du logement, prescriptions médicales...). Ce document qui évoluera certainement à l'issue de la période d'expérimentation, s'avère dès à présent fort utile selon les témoignages recueillis dans les Départements concernés.

S'agissant de l'exercice du libre choix du bénéficiaire, une information sur les services d'aide à domicile intervenant sur le territoire où réside l'intéressé semble bien assurée. Mais cette liste se limite le plus souvent à une sélection de prestataires. Il s'agit généralement des prestataires relevant du régime de l'autorisation. Dans le Département du Pas-de-Calais, cette information se veut plus exhaustive. En effet, depuis maintenant cinq ans, un document répertorie tous les services d'aide et d'accompagnement autorisés et agréés à proximité du domicile du bénéficiaire. Ce document indique aussi pour les services autorisés, les prestations proposées, les taux de qualification des intervenants et les tarifs afin de donner des éléments d'appréciation et de comparaison. Une démarche indiscutablement utile mais qui demande un investissement permanent pour sa mise à jour.

## **L'estimation de la dépense**

A ces difficultés il convient d'ajouter ce qui paraît le plus déroutant : l'estimation de la dépense réellement à charge du bénéficiaire. En effet, bien que les deux-tiers des Départements qui accompagnent la notification d'un document d'information déclarent communiquer au bénéficiaire de l'APA des informations financières, celles-ci s'avèrent très insuffisantes. Le système est en effet d'une telle complexité que l'explicitation du reste à charge pour le bénéficiaire s'avère aléatoire. Les Départements ne peuvent estimer en fait que le calcul théorique du ticket modérateur et non le montant effectif de ce que le bénéficiaire aura à payer, le « reste à charge »

(voir encadré p.26). Car celui-ci varie bien évidemment en fonction du mode d'intervention choisi (service prestataire, service mandataire, emploi direct). Mais surtout, s'il s'agit d'un service, il varie en fonction de son statut et des tarifs appliqués. La seule hypothèse favorable est donc celle où le bénéficiaire choisit le service dès l'établissement du plan. Dans ce cas, deux tiers des Départements offrent aux bénéficiaires une simulation du coût réel.

L'écart entre la participation notifiée par le Département et la participation facturée par le service peut amener le bénéficiaire à réduire le nombre d'heures d'aide utilisées afin de réduire son « reste à charge ». Or, cette pratique va entraîner une diminution de l'aide attribuée, générer une récupération d'indus et ultérieurement une révision du plan d'aide à la baisse, par application du principe de l'effectivité de l'aide. Le mode de calcul de l'APA génère donc une multitude de malentendus d'autant que moins d'un Département sur deux explicite clairement, aux bénéficiaires de l'APA, les conséquences d'une sous-utilisation du nombre d'heures notifié.

Notons enfin qu'il est rare que les Départements proposent une comparaison des incidences financières selon le mode d'intervention envisageable (service prestataire, service mandataire, emploi direct). Le Département de la Lozère réalise systématiquement cette simulation en cas de dépassement des plafonds du GIR, afin de permettre à la personne de mixer éventuellement les modes d'intervention pour pouvoir bénéficier sans surcoût d'un soutien satisfaisant. Or cela est parfois indispensable car en l'état actuel de la réglementation, les bénéficiaires qui ont le plus besoin d'aide, eu égard à leur niveau de perte d'autonomie, ne peuvent effectivement rester à domicile sans recourir à l'emploi direct pour pouvoir financer le nombre d'heures nécessaires.

## **Le « reste à charge » en matière d'APA, une nécessaire clarification**

Pour intervenir dans le secteur social et médico-social, les services à domicile doivent obtenir en principe soit une « autorisation » délivrée par les Départements soit un « agrément » délivré par les services de l'État.

Les services soumis à autorisation relèvent de la loi du 2 janvier 2002 (loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale) et doivent être alors « tarifés ». Mais le recours aux tarifs administrés relève en fait des choix du Département et du souhait du service d'en bénéficier. La tarification résulte alors d'une négociation budgétaire annuelle entre le Département et le service. Il s'ensuit que dans le cadre du plan d'aide, le Département calculera sa prise en charge sur le tarif arrêté. C'est la situation constatée dans les trois quarts des Départements qui procèdent à une tarification. Dans ce cas seulement, le reste à charge du bénéficiaire pourra être équivalent au ticket modérateur. Pour les autres services autorisés qui ne relèvent pas d'une tarification administrée, le Département calculera le ticket modérateur sur la base d'un « tarif de référence ». Le reste à charge du bénéficiaire correspondra alors au ticket modérateur augmenté, le cas échéant, de la différence entre le tarif pratiqué par le service choisi et le « tarif de référence ».

Mais d'autres services relèvent du champ des services à la personne (loi 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale). Pour intervenir sur des publics fragiles ils doivent obtenir un agrément délivré, après avis du Département, par la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE). Ces services fixent librement leur prix, dont seule l'évolution annuelle est encadrée par l'Etat. Lorsqu'un service agréé intervient, le Département calculera sa prise en charge sur la base d'un « tarif de référence ». Ce « tarif de référence » est généralement le même que celui qui est appliqué pour les services du secteur social et médico-social non tarifés. Le reste à charge du bénéficiaire correspondra alors au ticket modérateur augmenté, le cas échéant, de la différence entre le tarif pratiqué par le service agréé choisi et le « tarif de référence ».

## B – La mise en œuvre du droit

Comme a pu le constater l'ODAS dans le cadre de ses enquêtes annuelles sur les activités et dépenses d'action sociale des Départements<sup>17</sup>, il a fallu seulement cinq ans aux Départements pour que la montée en charge de l'allocation créée en 2002 soit achevée, avec une mise en place plus rapide dans les départements de faible population.

### Les montants

Plus précisément, depuis 2009 le nombre de bénéficiaires augmente peu, pour s'élever en décembre 2014<sup>18</sup> à 718 000 personnes pour l'APA à domicile (soit 60 % des bénéficiaires de l'APA). Cela représente une dépense brute d'un peu plus de 3,2 milliards d'euros qui tend à se stabiliser car l'allocation moyenne par an diminue régulièrement. Elle s'élevait à 4 790 euros en 2008, pour atteindre 4 520 € en 2014 (tableau ci-dessous).

### Evolution de l'APA à domicile de 2008 à 2014

France métropolitaine – Source Odas

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Dépense brute <sup>(1)</sup>	3 070	3 140	3 180	3 200	3 240	3 220	3 240
Bénéficiaires <sup>(2)</sup>	652 500	675 190	687 440	696 420	710 000	716 000	718 150
Allocation moyenne <sup>(3)</sup>	4 790	4 730	4 670	4 630	4 610	4 520	4 520

(1) En millions d'euros

(2) Nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre

(3) L'allocation moyenne est calculée en divisant la dépense de l'année par la demi somme du nombre de bénéficiaires au 31 décembre de l'année en cours et au 31 décembre de l'année précédente.

<sup>17</sup> Lettre de l'Odas, *Financement de l'action sociale: Les Départements dans l'impasse*, juin 2014.

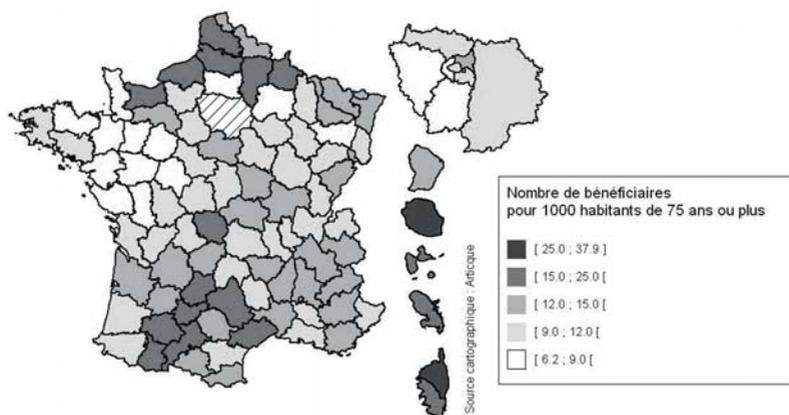
<sup>18</sup> Les chiffres indiqués dans ce paragraphe sont ceux de la France métropolitaine. Source : Lettre de l'Odas, *Les dépenses départementales d'action sociale en 2014 - Le doute n'est plus permis*, juin 2015.

Ce constat se vérifie<sup>19</sup> en ce qui concerne les montants médians des plans d'aide notifiés qui ont diminué de 4 % depuis 2007. Cette baisse est surtout due à la diminution de 9 % du montant médian des plans d'aide des GIR 4.

## L'égalité de traitement entre usagers

Mais cette activité n'est pas homogène entre Départements. En effet, les résultats de l'étude menée annuellement par l'ODAS sur les dépenses départementales d'action sociale, comme l'enquête et les entretiens réalisés dans le cadre de cette étude, font le constat de disparités d'activités entre Départements. Ce que l'étude de la DREES sur l'hétérogénéité du taux de bénéficiaires de l'APA selon les Départements permet de mesurer pour l'année 2012.

### Taux de bénéficiaires de l'APA à domicile, en décembre 2012



Sources : Drees, Enquête Aide Sociale 2012 ;  
Insee, Estimations provisoires de population au 01/01/2013 (janvier 2014)

Cette hétérogénéité concerne également la dépense départementale par personne âgée de plus de 75 ans qui peut varier de 240 euros à 1320 euros. Toutefois, 80 % des Départements s'inscrivent dans

<sup>19</sup> Loc. cit p.17

une fourchette de dépenses comprise entre 380 et 840 euros par bénéficiaire. Ces disparités peuvent paraître importantes. Mais elles s'expliquent essentiellement par les inégalités socio-économiques qui se répercutent sur le taux de bénéficiaires, comme l'ont montré les travaux de la DREES et de l'IGAS à propos de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH). Ces facteurs sont encore plus décisifs pour l'APA car son accès n'est pas soumis à condition de ressources : une participation financière est demandée au bénéficiaire, qui peut monter jusqu'à 90% du montant du plan d'aide. L'APA sera ainsi plus souvent sollicitée dans les Départements dont la population a de faibles revenus.

### Montants moyens d'APA dans les Départements visités en 2012

Source DREES

	Par bénéficiaire	Par habitant
<b>Allier</b>	4 033 €	123 €
<b>Côtes d'Armor</b>	4 280 €	104 €
<b>Creuse</b>	5 196 €	211 €
<b>Doubs</b>	4 857 €	90 €
<b>Lozère</b>	3 829 €	117 €
<b>Maine-et-Loire</b>	4 582 €	70 €
<b>Oise</b>	4 262 €	51 €
<b>Pas-de-Calais</b>	4 735 €	111 €
<b>Rhône</b>	4 423 €	66 €
<b>Var</b>	3 909 €	92 €

Quant à la dépense moyenne par bénéficiaire, elle s'avère un peu moins hétérogène, puisqu'elle est comprise entre 3 600 et 6 600 euros en 2012 selon la DREES. Pour la majorité des Départements cette fourchette est encore moins importante. Comme le confirment les constats effectués dans les Départements visités (tableau ci-dessus), elle est plutôt comprise entre 3 900 et 5 200 euros.

La différence de dépense moyenne par bénéficiaire relevée entre le premier et le dixième Département n'est donc que de 33 %, ce qui peut s'expliquer d'abord par des différences objectives de situation. En effet, l'état de santé des populations de chaque Département est différent, de même que leur répartition géographique. Or l'isolement des personnes, par exemple, joue un rôle important.

Il reste que ces différences de dépenses par bénéficiaire résultent aussi des choix politiques sur les caractéristiques opérationnelles des plans. Mais, doit-on s'en plaindre alors que la gestion des allocations a été décentralisée pour que s'exprime des dynamiques adaptées à chaque territoire ?

### **L'accompagnement**

Lorsque le plan d'aide est arrêté, il reste à exercer une fonction de conseil auprès des personnes concernées. Mais les Départements ne cherchent pas systématiquement à organiser une continuité entre l'évaluation et l'accompagnement. C'est le plus souvent lorsqu'une sous-consommation est constatée, en retour d'hospitalisation ou lorsque l'entourage ou un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) le demande, que l'accompagnement est organisé.

Rares sont les Départements qui prévoient dès l'établissement du plan un accompagnement pour tous. Dans ce cas de figure, le référent désigné est choisi parmi les membres de l'équipe qui a procédé à l'évaluation. C'est par exemple le cas du Département de la Lozère où des référentes gérontologiques, localisées dans les CLIC qui ont assuré l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes âgées, prennent en charge l'accompagnement de la mise en œuvre du plan d'aide. Ce choix favorise la continuité de la prise en charge, tout en proposant un interlocuteur privilégié pour tous ceux qui interviennent autour du bénéficiaire. Dans le Département de la Creuse, un autre type de démarche a été

mis en œuvre à titre expérimental, dans un territoire infra-départemental. Le CLIC du secteur (Nord-Creuse) reçoit toutes les notifications adressées aux bénéficiaires et procède systématiquement à un contact. Celui-ci est renouvelé une à deux fois par an si le bénéficiaire a choisi l'emploi direct ou s'il a fait l'objet d'un signalement par un travailleur social. Ce CLIC assure également des réunions régulières de coordinations avec les différents intervenants. Dès à présent le Département de la Creuse estime que ce dispositif permet une meilleure adéquation des plans d'aide APA aux besoins dans un cas sur cinq.

Notons par ailleurs que pour renforcer l'efficacité de ce suivi, en matière d'aide humaine, les Départements ont développé des procédures d'échange d'informations avec les prestataires. Selon l'enquête de l'ODAS, 54 % des Départements disent transmettre l'intégralité du plan d'aide aux professionnels choisis par le bénéficiaire et 79 % indiquent transmettre des informations sur le contenu des plans. Il reste donc encore un Département sur cinq qui ne transmet pas d'autres informations que les heures allouées.

En ce qui concerne la qualité de l'information, on peut préciser que peu nombreux sont les Départements, comme celui de la Creuse ou celui du Doubs, à prendre contact en amont de la notification avec les services, pour étudier avec eux la faisabilité du plan. D'autre part, afin de simplifier la procédure de révision, les Départements de l'Allier ou du Rhône, ont choisi de s'appuyer sur les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), qui peuvent adapter le nombre d'heures d'aide humaine aux besoins du bénéficiaire à condition que ces évolutions ne nécessitent pas un changement de GIR.

Concernant les aides autres qu'humaines le suivi est plus rare, à l'exception de Départements comme le Pas-de-Calais pour l'aménagement des logements ou celui du Doubs pour les aides techniques, qui délèguent la maîtrise d'œuvre à des structures spécialisées, jusqu'à réception de la commande.

## La révision du plan d'aide

Les Départements ne sont pas astreints à renouveler de façon automatique les plans d'aide car ceux-ci peuvent être délivrés sans limite de durée<sup>20</sup>. De fait, les révisions servent à adapter l'aide à l'évolution de la situation du bénéficiaire. L'accompagnement n'étant pas systématique (voir supra), il revient alors à des acteurs ou à des événements d'être à l'origine d'une alerte pour enclencher le cas échéant une révision.

Ce sont les bénéficiaires et leur entourage qui sont le plus souvent à l'origine de cette révision. Mais le constat de la sous-consommation joue également un rôle d'alerte. Concrètement selon l'enquête de l'ODAS, plus d'un tiers des plans d'aide APA font l'objet d'une révision chaque année.

Ce suivi est étroitement corrélé à la question des indus. Les indus découlent d'un décalage entre l'aide versée et l'aide utilisée. On a vu que le manque de lisibilité qui résulte du mode de calcul du droit à l'APA ne facilitait pas la maîtrise par les bénéficiaires de ces aides. Mais à cela s'ajoutent d'éventuelles défaillances d'intervention des prestataires, d'éventuelles évolutions de la situation du bénéficiaire (déplacement imprévu voire hospitalisation d'urgence)... Sans omettre les intentions du bénéficiaire lui-même, quant à la continuité de la prestation offerte.

Pourtant le montant des sommes recouvrées au titre des indus est relativement faible selon les Départements. Dans huit d'entre eux sur dix, le total de ces recouvrements s'élèverait à moins de 2% de la dépense brute d'APA (estimation faite sur l'année 2012). Ce faible montant s'explique par les pratiques des Départements qui recourent de manière croissante au paiement des aides directement aux prestataires. Mais il est également dû au fait que les

<sup>20</sup> La réglementation laisse aux Départements la fixation de ces échéances, inscrites au règlement départemental d'aide sociale. Dans les Départements visités, cette échéance varie de deux à quatre ans.

Départements ne procèdent pas à une récupération, lorsqu'il s'agit d'un montant faible (68% des Départements) en raison des coûts engendrés par la récupération de ces sommes.

D'ailleurs, selon les informations recueillies dans les dix Départements visités, les indus seraient bien plus importants, ce qui justifie leur mobilisation pour la modernisation de l'aide à domicile en vue de renforcer son effectivité (paiement global, chèque emploi service universel, télégestion...).

## **II - Le service de la Prestation de Compensation du Handicap**

La loi de 2005 a créé, pour les personnes en situation de handicap âgées de moins de 60 ans, un véritable droit à compensation tout au long de leur vie, tel que présenté dans l'exposé de ses motifs : « garantir aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie grâce à la compensation des conséquences de leur handicap et à un revenu d'existence favorisant une vie autonome digne ». Ainsi la PCH n'est qu'une des aides possibles du plan personnalisé de compensation proposé à la personne handicapée, aux côtés d'autres prestations ou mesures d'orientation en matière de scolarité ou d'insertion professionnelle par exemple, qui elles aussi requièrent un traitement. Rappelons que la PCH ne représente que 7 % des demandes d'orientations ou de prestations déposées par les adultes auprès des MDPH.

### **A – La reconnaissance du droit**

Pour prétendre à la PCH, la personne de moins de 60 ans doit justifier d'une difficulté absolue ou grave dans la réalisation d'une ou deux des dix-neuf activités essentielles de la vie quotidienne définies au sein d'un référentiel. Comme pour l'APA, l'accès à la PCH n'est pas conditionné par un niveau de ressource. Cependant alors que le montant de l'APA est conditionné par le niveau de ressource des bénéficiaires, c'est beaucoup moins vrai pour celui de la PCH. En effet, lorsque les ressources de la personne sont supérieures à deux fois le montant annuel de la MTP soit 26 473,96 €, le montant de la PCH ne sera diminué que de 20 %. La prise en compte des conditions de ressources est donc bien plus avantageuse pour la PCH que pour l'APA. Concernant les montants des deux allocations, là aussi les différences sont notables, au bénéfice à nouveau de la PCH, car les plafonds définis pour chacun des éléments susceptibles d'être pris en compte sont bien plus élevés que ceux retenus pour l'APA, qui eux sont calculés par référence au GIR.

## **La composition des équipes d'évaluation**

Ces différences considérables de contenu entre l'APA et la PCH sont dues bien évidemment à la différence de nature de ces deux prestations. Elles sont d'autant plus affirmées que leur mise en œuvre dépend d'organisations différentes. Le droit à la PCH est en effet établi par la CDAPH, dans le cadre du fonctionnement de la MDPH. De surcroît cette dernière dispose de son propre personnel, y compris pour ce qui concerne les évaluations, quelle que soit son administration d'origine.

Toutefois, l'accroissement continu du nombre de demandes à traiter et la nécessité d'une réelle expertise face à la diversité des handicaps conduisent les MDPH à solliciter de plus en plus les professionnels qualifiés à cet effet du Département, mais aussi d'organismes extérieurs. On peut ainsi estimer que ce recours à des organismes extérieurs à la MDPH et au Département pour les évaluations est pratiqué dans trois Départements sur dix contre un sur dix pour l'APA.

Enfin, en ce qui concerne les modalités de l'évaluation elle-même, celle-ci s'effectue généralement en deux temps. Une première évaluation est d'abord réalisée sur dossier afin d'apprécier l'éligibilité aux différentes aides, dont la PCH. Si nécessaire et suivant les Départements, le demandeur est ensuite convoqué à la MDPH, sauf lorsqu'une visite à domicile, principalement effectuée par un travailleur social, est perçue comme nécessaire.

## **La territorialisation des équipes d'évaluation**

Le caractère plutôt centralisé des évaluations provient des usages hérités des Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP). C'est ce qui peut expliquer que tout naturellement la territorialisation des équipes soit moins fréquente que pour l'APA. En effet, celle-ci n'est effective que dans 36 % des Départements, alors qu'elle est deux fois plus élevée pour l'APA.

On peut donc en déduire que les préoccupations qualitatives des MDPH sont davantage orientées vers l'optimisation d'un traitement centralisé des dossiers et l'organisation d'un accueil adapté au siège, que vers l'établissement d'un lien de proximité.

En revanche, l'utilisation d'internet pour permettre aux demandeurs de suivre le parcours de leurs dossiers, depuis le dépôt de la demande jusqu'à la notification de la décision de la CDAPH, est pratiqué dans un Département sur dix, ce qui peut paraître modeste mais est neuf fois plus élevé que pour l'APA.

### **La grille d'évaluation**

Le GEVA, a été institué comme référentiel national des équipes pluridisciplinaires des MDPH, par l'arrêté du 6 février 2008 relatif aux références et nomenclatures applicables au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées prévu à l'article R. 146-28 du code de l'action sociale et des familles. Il est fondé sur la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF), adoptée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2001. Cette approche repose sur une analyse systémique du handicap, comme résultante de l'interaction entre les capacités et déficiences de la personne d'un côté, et l'adaptation ou l'inadaptation de son environnement de l'autre. Le GEVA a donc été construit dans une logique d'évaluation multidimensionnelle des situations et besoins des personnes en situation de handicap. Il est constitué de plusieurs volets permettant de rassembler des éléments d'évaluation dans tous les domaines de vie de la personne (activités quotidiennes, vie sociale, santé, scolarisation, travail, logement...).

Cette ambition d'appréhender globalement le handicap fait que le GEVA est un outil complexe, nécessitant donc une grande disponibilité pour l'utiliser comme nous l'ont fait observer un certain nombre d'évaluateurs dans les dix Départements visités. Mais ces derniers reconnaissent tous son efficacité pour cerner les besoins de la personne. D'ailleurs, dans un Département sur deux

(contre un sur quatre pour l'APA) les plans établis à propos de la PCH traitent autant des besoins susceptibles d'être financés par cette prestation que d'autres besoins.

## **L'information sur le plan de compensation**

Si pour l'APA l'information du bénéficiaire sur le plan d'aide reste très perfectible, c'est encore plus vrai s'agissant de la PCH. En effet, dans ce cas de figure deux notifications sont adressées à l'intéressé : l'une par la MDPH pour l'informer de la décision d'attribution de la PCH prise par la CDAPH, l'autre par le Département pour l'informer de l'ouverture du droit à l'allocation. Or cette double notification, conforme au souhait du législateur de séparer l'instance qui décide de celle qui finance, est difficilement comprise par le bénéficiaire. C'est la raison pour laquelle dorénavant un Département sur dix a mis en place un document unique. Ce n'est que dans cette hypothèse que la notification est accompagnée d'un document informant le bénéficiaire des modalités de mise en œuvre du plan.

Ce déficit d'information a cependant des conséquences moins lourdes qu'en matière d'APA. En effet, le risque financier pour le bénéficiaire de la PCH est plus limité car les plafonds sont bien plus élevés.

## **Le recours au fonds de compensation**

D'autre part, concernant les aides techniques et les aménagements du logement, le législateur a veillé à limiter la charge financière des personnes handicapées en créant par la loi du 11 février 2005 un fonds de compensation. Ce fonds, abondé par différents financeurs (Etat, Département, CPAM, CAF...), est régulièrement sollicité en complément des aides légales ou complémentaires. Et dans 64 % des Départements, il peut être sollicité par les personnes handicapées, même lorsqu'elles ne bénéficient pas de la PCH.

Pour éviter que la procédure d'accès à ce fonds ne décourage les demandeurs, des Départements cherchent à en faciliter la saisine.

Ainsi, le Département du Doubs a prévu une saisine automatique au-delà d'un certain montant de reste à charge. Le Département du Pas-de-Calais, quant à lui, initie l'ouverture d'un dossier au fonds pour toute décision d'aide technique prise en CDAPH. Ce fonds est donc particulièrement utile mais son mode de financement, axé sur la libre participation des différents financeurs, peut rendre son abondement aléatoire et certains Départements sont d'ailleurs parfois contraints d'en suspendre l'activité.

Parallèlement à la diminution du reste à charge, les Départements s'efforcent de faciliter le paiement des aides techniques. Ainsi, un Département sur dix assure le paiement direct aux fournisseurs afin de réduire les avances consenties par le bénéficiaire. C'est aussi un moyen efficace pour simplifier le contrôle d'effectivité. Une autre piste de soutien est expérimentée : le réemploi d'équipements. Le Département du Doubs a par exemple engagé une réflexion avec une entreprise d'insertion pour récupérer les aides techniques qui ne sont plus utilisées, les rénover et pouvoir les proposer de nouveau à un prix inférieur à la valeur à neuf. Une manière de croiser la politique de soutien à l'autonomie et la politique de soutien à l'insertion.

## **B – La mise en œuvre du droit**

Le montant moyen de PCH s'élève en 2014 à 7 247 euros, selon l'ODAS<sup>21</sup>. Il est donc bien plus élevé que celui de l'APA, qui est de 4 520 euros. En outre, comme la détermination du montant de la PCH est moins limitée par les plafonds, il ressort des visites effectuées dans les Départements, que certaines PCH ont des montants très élevés (pouvant aller jusqu'à 23 000 euros par mois).

<sup>21</sup> Les chiffres indiqués dans ce chapitre sont ceux de la France métropolitaine. Source : Lettre de l'Odas, *Les dépenses départementales d'action sociale en 2014 - Le doute n'est plus permis*, juin 2015.

## Les montants

Le Département du Rhône, par exemple, indique avoir recensé une cinquantaine de PCH de ce type, correspondant à des situations particulières. Cela revient à verser des montants proches, voire supérieurs, à ceux induits par une prise en charge en établissement. Dans ces conditions, on peut s'interroger sur la pertinence d'un maintien à domicile, alors que tous les acteurs départementaux rencontrés doutent de la qualité de la réponse dans le contexte du domicile lorsque la prise en charge est trop lourde.

Ce questionnement n'est pas superflu dès lors que la dépense PCH connaît encore aujourd'hui, neuf ans après sa mise en place, un rythme d'accroissement élevé (7 % en 2014 et 8 % en 2013). D'autant que la montée en charge peut être difficilement considérée comme terminée, tant les paramètres du soutien au handicap sont fluctuants quant aux publics nouveaux qu'elle peut toucher, comme les personnes en situation de handicap psychique. De plus, si les enfants ne représentent pour l'instant que 5 % des bénéficiaires, on peut penser que leur nombre pourrait s'accroître dans l'avenir. La seule situation stabilisée est celle de l'ACTP, car bien qu'un droit d'option ait été laissé à ses bénéficiaires, celui-ci est peu utilisé<sup>22</sup>. En effet, un grand nombre de ses bénéficiaires n'ont pas intérêt à abandonner cette prestation, car ses conditions d'effectivité s'avèrent moins contraignantes. L'abandon se fait donc surtout lors d'un changement de situation comme l'entrée en établissement.

<sup>22</sup> *Jusqu'en 1998, une seule allocation d'aide sociale permettait d'aider les personnes dépendantes pour les actes essentiels de la vie : l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP). Instituée par la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975, elle concernait les personnes, dont l'état de santé imposait le recours à l'assistance d'une tierce personne, quel que soit leur âge. Conçue comme une aide à destination des personnes handicapées, elle a été de plus en plus utilisée par les personnes âgées en perte d'autonomie (70 % des bénéficiaires en 1996). La PSD (1997) puis l'APA (2001) ont été créées pour les personnes de 60 ans, sans possibilité pour les personnes concernées de continuer à bénéficier de l'ACTP, y compris au-delà de 60 ans. Lors de la création de la PCH, un droit d'option a été laissé aux bénéficiaires de l'ACTP, qui peuvent demander le bénéfice de la PCH ou continuer à bénéficier de l'ACTP. En revanche, aucune nouvelle admission au bénéfice de l'ACTP n'est envisageable.*

Il n'est donc pas facile de disposer d'éléments fiables sur l'impact de la PCH dans l'avenir. Ce constat est inquiétant, car en décembre 2014, 231 100 personnes (y compris de plus de 60 ans) percevaient la PCH, contre 216 000 l'année précédente<sup>23</sup>. Le seul élément qui semble moins préoccupant est celui de la dépense moyenne annuelle de PCH par bénéficiaire qui tend à se stabiliser depuis quatre ans (tableau ci-dessous). En effet, les personnes les plus lourdement handicapées ont surtout été prises en charge dès la création de l'allocation. De plus, les retards de traitement des demandes par les MDPH, qui engendraient des rappels importants, ont tendance à se résorber. Ce qui entraîne une diminution du montant moyen payé par bénéficiaire. Celui-ci s'élève en 2014 à 7 247 €, soit un montant moyen de 60 % plus élevé que celui de l'APA.

## L'égalité de traitement entre usagers

### Evolution de la PCH de 2008 à 2014

France métropolitaine – Source ODAS

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Dépense brute<sup>(1)</sup></b>	550	830	1 050	1 220	1 400	1 520	1 620
<b>Bénéficiaires<sup>(2)</sup></b>	78 000	116 000	150 000	180 000	201 000	216 000	231 100
<b>Allocation moyenne<sup>(3)</sup></b>	9 400	8 560	7 890	7 390	7 350	7 290	7 247

(1) En millions d'euros

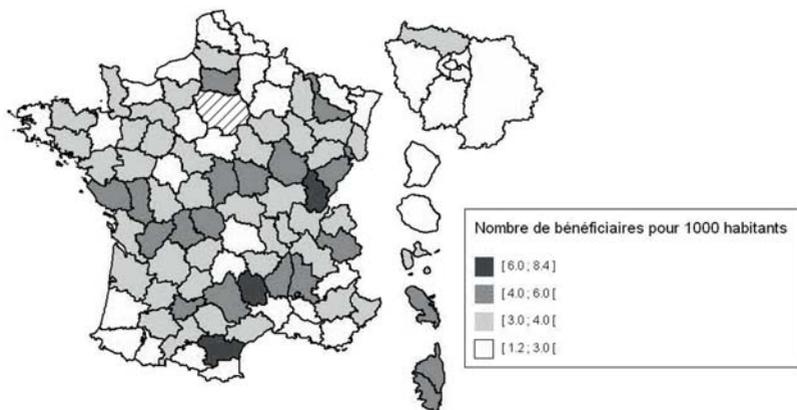
(2) Nombre de bénéficiaires de la PCH au 31 décembre

(3) L'allocation moyenne est calculée en divisant la dépense de l'année par la demi-somme du nombre de bénéficiaires au 31 décembre de l'année en cours et au 31 décembre de l'année précédente.

L'analyse du taux de bénéficiaires par Département montre que la dispersion entre Départements est grande et du même ordre que pour l'APA. De un à sept pour la PCH et de un à six pour l'APA. Les différences en ce qui concerne les taux de bénéficiaires se répercutent bien évidemment sur la dépense de PCH par habitant. Elle est comprise entre 13 et 75 euros, soit un écart de 1 à 6, selon la DREES. L'hétérogénéité des contextes socio-économiques explique pour partie ces différences, même si la PCH est moins influencée que

<sup>23</sup> A la même date, 68 300 personnes perçoivent toujours l'ACTP pour une dépense nette de 450 millions d'euros, le nombre de bénéficiaires étant en baisse de plus de 6 %.

## Taux de bénéficiaires de la PCH, en décembre 2012



Sources : Indicateurs sociaux départementaux  
Drees, Enquête Aide Sociale 2012 ;  
Insee, Estimations provisoires de population au 01/01/2013 (janvier 2014)

l'APA par la question des ressources (voir supra). Mais l'état de santé de la population ou l'importance de l'offre de service proposée jouent un rôle important, de même que les choix d'organisation du dispositif. Selon un rapport conjoint de l'IGF et de l'IGAS<sup>24</sup>, ces écarts entre Départements peuvent s'expliquer aussi par des degrés d'information et d'accueil du public plus ou moins développés, ce qui relève de choix politiques. Ce constat n'est toutefois pas suffisant pour étayer l'idée que la décentralisation nuirait au principe d'égalité de traitement car en matière de délivrance de l'Allocation Adultes Handicapées (AAH), qui reste de la compétence de l'Etat, le même type de situation est observé. Par ailleurs, la gouvernance collégiale des MDPH, avec une implication variable des associations représentant les personnes concernées, peut également constituer un facteur d'explication de ces inégalités.

Les écarts sont plus importants en ce qui concerne la dépense moyenne annuelle des Départements par bénéficiaire qui évolue en 2012, dans une fourchette comprise entre 2 751 euros et

<sup>24</sup> HADOUCHÉ Nacera, JOSEPH-JEANNENEY Brigitte, LALOUE Frederic et al., *Evaluation de la Prestation de Compensation du Handicap*, Rapport IGAS - IGF, Aout 2011.

10 858 euros, soit un écart de un à quatre. Mais cet écart est beaucoup plus réduit pour la très grande majorité des Départements, comme le montre notre étude.

En effet, dans les dix Départements visités la dépense départementale moyenne par bénéficiaire va de 4 531 € à 7 760 € soit un écart de 1 à 1,7.

### Montants moyens de PCH dans les Départements visités en 2012

Source DREES

	Par bénéficiaire	Par habitant
<b>Allier</b>	7 629 €	36 €
<b>Côtes d'Armor</b>	7 439 €	33 €
<b>Creuse</b>	5 425 €	30 €
<b>Doubs</b>	5 458 €	32 €
<b>Lozère</b>	4 531 €	51 €
<b>Maine-et-Loire</b>	7 378 €	29 €
<b>Oise</b>	4 904 €	29 €
<b>Pas-de-Calais</b>	7 760 €	25 €
<b>Rhône</b>	7 131 €	33 €
<b>Var</b>	7 611 €	29 €

Les explications sont à nouveaux multiples. Compte tenu de la forte personnalisation de l'allocation qui peut prendre en compte des besoins<sup>25</sup> comme les transports et le logement, les caractéristiques environnementales (dispersion géographique, difficultés d'accès et isolement.) ont nécessairement une influence. Mais l'organisation des dispositifs pèse aussi, comme d'ailleurs l'historique des pratiques. Enfin, l'impact de la structure de l'offre de service comme de la capacité à mobiliser d'autres aides et modes de prise en charge du handicap (régime de sécurité sociale, assurance...) ne sont pas négligeables.

<sup>25</sup> Les cinq éléments de la PCH sont : aides humaines ; aides techniques ; aménagement du logement, du véhicule et surcoûts liés au transport ; dépenses spécifiques ou exceptionnelles ; aides animalières.

## **L'accompagnement des bénéficiaires**

Comme pour l'APA, mais de façon encore plus prononcée, il est rare que le suivi soit organisé dès l'établissement du plan. Cette différence s'explique d'abord par les caractéristiques propres des publics (situation plus stable des bénéficiaires de PCH). D'autre part, le suivi de la PCH n'est pas facilité par les liens avec les opérateurs. En effet seuls 28 % des MDPH transmettent le plan de compensation aux prestataires et seuls 55 % des MDPH transmettent quelques informations ciblées sur le contenu des plans. Une situation très différente de celle constatée pour l'APA où très majoritairement les Départements informaient les prestataires. Ce constat peut s'expliquer aussi par le souci des bénéficiaires de la PCH de gérer eux-mêmes la mise en œuvre de leur plan et les aspects de coordination.

Lorsqu'il est effectué, ce suivi l'est en interne par du personnel de la MDPH, mais aussi par des opérateurs extérieurs. Car rappelons-le, dès l'instruction, les MDPH font davantage appel à des prestataires extérieurs que le Département.

## **La révision du plan de compensation**

Contrairement à la réglementation nationale de l'APA qui ne fixe pas de durée d'attribution, la PCH est attribuée pour une durée maximale de dix ans pour les éléments d'aides humaines et l'aménagement du logement, et de trois ans pour les aides techniques. Des délais qui peuvent paraître longs mais qui n'empêchent pas, entre deux renouvellements, des révisions ponctuelles qui se réalisent à l'occasion d'une demande ou d'un événement particulier. Les motifs avancés sont les mêmes que pour l'APA : sous-consommation constatée lors du contrôle, retour d'hospitalisation, importante modification de l'environnement humain, signalement par un service ou par le bénéficiaire et son entourage familial. De plus certains Départements comme l'Allier ont fixé des délais de révision beaucoup plus courts que ceux prévus par la loi pour

garantir d'éventuels dysfonctionnements, en particulier lorsque l'aide est exclusivement apportée par des aidants familiaux.

On pourrait donc s'attendre à une assez grande fréquence des décisions de révision. Pourtant, alors que pour l'APA un plan d'aide sur trois est révisé chaque année, pour la PCH, il ne s'agit que d'un plan de compensation sur cinq. Un facteur institutionnel peut expliquer cette situation. En effet l'efficacité de cette procédure dépend de la qualité de l'échange d'informations entre le Département, qui constate la cause de la révision, et la MDPH qui dispose de la compétence pour réviser le plan de compensation. C'est d'ailleurs cette complexité qui conduit certains Départements, comme l'Oise ou le Rhône, à renoncer à la révision des plans dans des situations comme celles où le bénéficiaire ne met pas en œuvre sa PCH.

Notons enfin que cette difficulté dans la circulation des informations entre la CDAPH, l'équipe de la MDPH et les services du Département, explique pour partie l'attractivité des Maisons départementales de l'autonomie (MDA). Car dans le Département du Maine-et-Loire par exemple, on a pu vérifier que la mise en place de la MDA et la définition de procédures communes avaient considérablement atténué ces difficultés.

Par ailleurs, en ce qui concerne les indus, il convient de rappeler que bien que la PCH soit délivrée par les MDPH, le financement est assuré par les Départements. C'est pourquoi le traitement des indus de la PCH est comme pour l'APA une préoccupation dont les Départements se sont saisis. L'enquête conduite par l'ODAS révèle que le montant des récupérations, selon les Départements, est du même ordre (2 % de la dépense brute) que pour l'APA. Aussi les Départements s'attachent à réduire les causes à l'origine de ces indus, bien qu'en ce qui concerne la PCH, la rationalisation soit plus difficile. Rappelons en effet qu'une partie de l'aide humaine est consacrée à l'indemnisation des aidants familiaux, qu'il est difficile de contrôler. Rappelons aussi que la différence de conception entre l'APA et la PCH laisse à la personne handicapée

une plus grande autonomie dans la gestion de son allocation, et par contre-coup, une moindre capacité d'action pour les services en charge de la gestion de la PCH.



## Deuxième partie

### LA RATIONALISATION DES ORGANISATIONS ET DES AIDES : LA RECHERCHE DE SOLUTIONS CONVERGENTES

La prise en compte opérationnelle par les Départements de la problématique du soutien à l'autonomie, qu'il s'agisse du soutien aux personnes âgées dépendantes ou du soutien aux personnes handicapées, n'est pas la résultante d'une construction stratégique qui aurait veillé à optimiser les ressources disponibles en uniformisant autant que possible les équipes managériales, mais aussi l'offre de service. Car les avancées sociales en la matière ont eu lieu de façon segmentée et dans des périodes différentes. Comme nous l'avons vu, la culture départementale du soutien à la dépendance résulte principalement des années 1990, avec la création de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) en 1997<sup>26</sup> suivie peu de temps après par la création de l'APA en 2001. Du côté du handicap, il a fallu attendre la loi du 11 février 2005 pour que les Départements appréhendent globalement cette question.

C'est cette construction fragmentée qui explique pour partie la grande diversité des pratiques, des outils, des méthodologies (voir supra). Mais une autre raison peut aussi être avancée : les conditions draconiennes posées par le législateur quant à la mise en œuvre des nouveaux dispositifs de l'APA et de la PCH. Il faut en effet rappeler que la loi du 20 juillet 2001 exigeait des

<sup>26</sup> Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

Départements la mise en œuvre dans les mois qui suivaient sa promulgation. Or les modalités de délivrance de ce droit nécessitaient de pouvoir s'appuyer sur de nouvelles compétences pour apprécier les ressources et les besoins des personnes, mais également l'établissement d'un plan personnalisé pour chaque bénéficiaire.

Du côté de la PCH, même défi. La loi du 11 février 2005 prévoyait également des délais courts pour sa mise en œuvre. Or dans ce cas de figure, il s'agissait de surcroît de construire une nouvelle organisation avec la Maison départementale des personnes handicapées apte à assurer une gouvernance partagée entre tous les acteurs concernés.

Dans l'un et l'autre cas, les Départements ont su respecter les échéances prévues par le législateur, mais en continuant de distinguer les deux politiques de soutien à l'autonomie. En revanche, ce traitement différencié des dispositifs APA et PCH n'a pas empêché la poursuite d'un mouvement engagé depuis le début des années 2000 en faveur d'un rapprochement des deux politiques sur un plan stratégique, en vue d'atténuer autant que faire se peut l'impact de la barrière des âges. En témoignent les résultats des enquêtes successives de l'ODAS sur les stratégies et les organisations départementales qui montrent que dès 2004, 62 % des Départements avaient opéré un regroupement de leurs services centraux autour d'une direction unifiée de l'autonomie. Cette volonté se vérifie en ce qui concerne la réflexion autour de plates-formes communes d'orientation et d'intervention (I) mais aussi en ce qui concerne le développement de relations nouvelles avec les divers opérateurs du soutien à domicile (II).

## **I - La création de plateformes communes d'orientation et d'intervention**

C'est au niveau des services centraux que les Départements ont manifesté principalement leur attachement à la convergence des politiques de la dépendance et du handicap. Aujourd'hui on peut relever que neuf Départements sur dix se sont dotés d'une direction commune sous l'appellation par exemple de « direction de l'autonomie ». Mais le fait de recourir à une direction unique ne signifie pas pour autant l'unification des politiques. En réalité ce mouvement exprime davantage le développement d'une dynamique gestionnaire qui se veut de plus en plus stratégique (A), mais qui se heurte au contexte juridique et institutionnel lorsqu'elle veut aller plus loin avec la création de maisons de l'autonomie (B) ou à travers l'harmonisation des moyens disponibles pour mieux répondre aux besoins (C).

### **A - Le rapprochement des services centraux se généralise**

La mise en œuvre d'une structure centrale unifiée n'est pas anecdotique car il ne s'agit pas seulement d'une direction unique coordonnant des services distincts (personnes âgées, personnes handicapées). Il s'agit dorénavant d'une direction unique avec des fonctions de plus en plus intégrées traitant indifféremment du soutien aux personnes âgées ou du soutien aux personnes en situation de handicap. C'est le cas notamment des fonctions concernant l'attribution et le paiement des allocations qui sont généralement assurées par les services centraux de la direction ou du pôle autonomie. En effet, rares sont les Départements comme l'Allier, qui par souci de simplifier ses relations avec le public a déconcentré sur ses territoires infra-départementaux une partie de la gestion (décision et notification du plan d'aide APA et contrôle d'effectivité).

Cette unification de la gestion ne s'est pourtant pas faite sans problème, car si la gestion de l'APA est relativement simple, celle de la PCH est plus complexe en raison de la distinction entre le décideur (la MDPH) et le payeur (le Département). Cette distinction nécessite en effet des transferts d'informations qui viennent alourdir la configuration générale. Pour éviter que les gains liés à la mise en place d'un service de gestion commun à l'APA et à la PCH soient perdus, il est donc nécessaire de veiller à la qualité et à la rapidité de transmission de données. Certes 61 % des Départements déclarent disposer des mêmes logiciels de gestion. Mais cette homogénéité des outils n'est pas un gage systématique de simplification, si les architectures du système informatique et l'ensemble des droits d'accès aux données ne sont pas communs à la MDPH et au Département. Or dans de nombreux Départements c'est la situation qui prévaut, et on a pu constater lors de nos visites de terrain que des éléments de dossiers peuvent parfois être saisis deux à trois fois et continuer de faire l'objet de transmission sous forme papier entre la MDPH et le Département. Il reste que le mouvement d'ensemble vers l'unification des tâches de gestion semble tenir ses promesses.

On peut alors y voir une opportunité pour faciliter une évolution plus intégrée des stratégies départementales en matière de soutien à l'autonomie. Car là encore une évolution positive se dessine, même si la séparation traditionnelle entre les politiques de soutien aux personnes âgées et les politiques de soutien aux personnes handicapées est maintenue dans la grande majorité des schémas départementaux.

En effet, lors de notre précédente enquête<sup>27</sup>, quinze Départements avaient adopté des schémas communs entre les politiques de soutien aux personnes âgées et les politiques de soutien aux personnes handicapées, dont deux étaient intégrés dans des schémas uniques des organisations sociales et médico-sociales. C'était une prise en compte intéressante de l'objectif de convergence,

<sup>27</sup> Cahier de l'Odas, *Du soutien à la dépendance au soutien à l'autonomie*, juillet 2011.

seulement cinq ans après le vote de la loi du 11 février 2005. Mais dorénavant, selon une étude conduite deux ans plus tard par l'ANCREAI<sup>28</sup>, une vingtaine de Départements aurait adopté des schémas transversaux concernant les politiques de soutien aux personnes âgées et aux personnes handicapées, voire des schémas communs à l'ensemble des politiques départementales d'action sociale. Ce mouvement devrait se confirmer au fur et à mesure du renouvellement des schémas en cours dans de nombreux Départements, selon les informations recueillies dans cette étude.

De ce point de vue, les dix Départements visités dans le cadre de cette enquête<sup>29</sup> confirment cette tendance. En effet, trois d'entre eux (Allier<sup>30</sup>, Lozère et Maine-et-Loire) avaient adopté un schéma unique des organisations sociales et médico-sociales et un quatrième était en préparation dans le Département des Côtes-d'Armor.

Toutefois, ces documents de programmation ne sont pas toujours le résultat d'une analyse concertée des besoins entre acteurs des politiques du vieillissement et du handicap. Ainsi, dans le Département de l'Oise, lors du travail préalable à l'élaboration des schémas, il n'a pas été possible de constituer des groupes mixtes en raison de la résistance de certaines associations représentatives des personnes handicapées. En effet, ces dernières craignent souvent, comme il nous l'a été rapporté y compris dans des Départements ayant fait le choix du schéma unique, une perte de visibilité des problématiques spécifiques au handicap et un nivellement des réponses. Avec pour conséquence dans l'Oise, un schéma autonomie qui distingue très clairement les fiches action à l'attention des personnes âgées dépendantes de celles à l'attention des personnes en situation de handicap.

<sup>28</sup> ANCREAI, *Les politiques territoriales en faveur des personnes âgées*, Paris, novembre 2013.

<sup>29</sup> Rappelons qu'il s'agit des Départements suivants : Allier, Cotes-d'Armor, Creuse, Doubs, Lozère, Maine-et-Loire, Oise, Pas-de-Calais, Rhône, Var.

<sup>30</sup> Voir le site internet de l'agence des pratiques et initiatives locales de l'Odas, [www.apriles.net](http://www.apriles.net) : « L'Allier relève le pari d'un schéma unique des solidarités ».

A l'inverse, lorsque les schémas ne sont pas communs, ils peuvent refléter néanmoins une volonté de mise en cohérence. Par exemple, le Département du Var conserve des schémas thématiques (Dépendance et handicap) mais avec des calendriers similaires et une introduction commune aux deux, dans laquelle est affirmé le souci de cohérence et de complémentarité des démarches. Dans le Département du Pas-de-Calais, où les schémas sont également distincts, c'est davantage dans le processus d'élaboration que se sont exprimés les rapprochements, avec des diagnostics territoriaux transversaux qui ont précédé la production des schémas. De plus, les deux schémas du Département du Pas-de-Calais mentionnent des axes communs : la structuration des enjeux de coordination sur le territoire, l'aide aux aidants ou le développement de nouvelles formes de prise en charge autour des solutions de répit.

Il n'est pas sans intérêt de mentionner d'ailleurs que cette pratique des thèmes communs tels que « favoriser le choix de vie à domicile » est reprise par la quasi-totalité des Départements. Une orientation qui est déclinée à travers la définition d'actions communes d'aide aux aidants et de plate-forme de services, le développement de la domotique, la promotion de l'accueil familial. De même, la volonté de « renforcer la coordination des acteurs » est aussi fréquemment évoquée dans les schémas, avec des objectifs à atteindre comme le rapprochement des équipes d'évaluation de l'APA et de la PCH ou l'extension de dispositifs d'intégration, tels que les MAIA, à tous les publics.

## **B - L'émergence des maisons de l'autonomie se confirme**

En revanche, cette volonté de rapprochement des politiques a plus de mal à s'exprimer lorsqu'il s'agit d'aller plus loin dans l'intégration des politiques. En effet, les tentatives de création d'un dispositif commun à travers le concept de Maison De l'Autonomie (MDA) restent très limitées en nombre et en contenu. Certes,

selon l'Assemblée des Départements de France (ADF), dix-sept Départements auraient créé une MDA et vingt d'entre eux auraient l'intention de le faire. Mais pour que l'on puisse parler réellement d'approche convergente de la perte d'autonomie au sein d'un même établissement, il faut à tout le moins avoir réussi à mutualiser certaines missions. Il peut s'agir des missions d'accueil, d'information et d'orientation, mais aussi d'instruction et d'évaluation des demandes d'APA et PCH. Or en appliquant ces critères, l'ODAS parvient difficilement à dénombrer douze MDA<sup>31</sup> dont trois sont, à titre expérimental soutenues par la CNSA.

Ce nombre pourrait toutefois augmenter car certains Départements comme l'Ariège, la Creuse, la Lozère, la Moselle, la Sarthe ou le Var envisagent également cette démarche que la reconnaissance des MDA dans la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement peut aider. A contrario, on peut noter des évolutions en sens inverse, comme dans le Département de l'Oise qui a suspendu sa démarche initiale de création d'une MDA. Et pourtant, ce Département reste très attaché à l'idée d'harmonisation des deux politiques puisqu'il a depuis déployé sur son territoire cinq relais pour l'autonomie des personnes (RAP). Ces relais assurent à la fois le rôle d'antenne MDPH et de CLIC de niveau trois, soit l'accueil, l'information, l'évaluation individuelle puis le suivi des plans d'aide APA et des plans de compensation PCH par des équipes polyvalentes « personnes âgées et personnes handicapées ».

Il est vrai que le développement des MDA s'avère difficilement compatible avec l'architecture initiale voulue par le législateur pour des raisons stratégiques. Les MDPH ont en effet été constituées en groupement d'intérêt public pour associer à leur gouvernance l'ensemble des financeurs du champ du handicap mais aussi les associations représentatives de ce secteur. Or cet équilibre ne peut pas être remis en cause. C'est pourquoi, même lorsqu'il y a MDA, les

<sup>31</sup> Il s'agit des Départements suivants : Bas-Rhin, Territoire de Belfort, Cantal, Corrèze, Côte-d'Or, Isère, Loire, Maine-et-Loire, Manche, Mayenne, Pas-de-Calais, Vaucluse, dont le Cantal, la Corrèze et la Côte-d'Or sont soutenues par la CNSA.

instances de décision spécifiques à la MDPH subsistent (commission exécutive, dite COMEX et CDAPH). Ce qui fait dire à certains que la MDA, loin de simplifier, complexifie encore la lisibilité des organisations publiques car elle laisse subsister la MDPH avec ses personnels et ses propres règles de fonctionnement.

On peut donc en conclure qu'aucune évolution significative ne se fera dans l'avenir sans aborder la question du statut juridique des MDPH. Ce qui est concevable, sans toutefois avoir à remettre en cause l'existence de la CDAPH. Cette évolution est d'autant plus réaliste que les MDPH sont dès à présent étroitement dépendantes des responsables départementaux, avec un exécutif commun et un rattachement fonctionnel à des cadres départementaux.

D'ailleurs, les organigrammes reflètent bien cette réalité, en plaçant généralement les MDPH sous la responsabilité fonctionnelle du directeur chargé des solidarités ou en les intégrant plus rarement à la direction de l'autonomie. Dans ce cas de figure, le directeur de l'autonomie assure généralement aussi la direction de la MDPH, comme dans le Doubs ou le Rhône. Il faut enfin rappeler que les Départements assurent en moyenne nationale, 41 % du financement des MDPH, contre 35 % par l'Etat (essentiellement par des mises à disposition de personnel) et 19 % par la CNSA<sup>32</sup>. Dans les dix Départements visités, ceux-ci fournissent en sus des moyens matériels sur les plans informatique et logistique<sup>33</sup>.

## **C – L'optimisation des ressources administratives se précise**

Comme on a pu le voir précédemment, la spécificité des dispositifs APA et PCH est telle qu'elle ne favorise guère l'harmonisation et la complémentarité des ressources nécessaires en vue de leur

<sup>32</sup> Source CNSA.

<sup>33</sup> Un des arguments avancés pour justifier le statut de GIP tend d'ailleurs à s'estomper : c'est celui de la pluralité des personnels. En effet, ceux issus des services de l'Etat ou du secteur associatif affectés dans les MDPH sont de moins en moins nombreux.

optimisation. De plus le contexte national encourage peu cette dynamique. La convergence des dispositifs voulue par le législateur avec la loi de 2005 est rarement évoquée, et l'architecture politique du gouvernement distingue toujours le soutien aux personnes âgées du soutien aux personnes handicapées. Pourtant, les Départements multiplient les initiatives pour harmoniser les outils dont ils disposent.

Cette volonté, qui s'est concrétisée dans l'organisation des services centraux (cf. supra), se manifeste aussi au niveau local avec l'organisation d'un accueil commun. Actuellement, une dizaine de Départements sont soucieux d'engager cette démarche dont le Département de l'Isère qui a labellisé quarante-six « Point info autonomie » chargés de promouvoir le travail en réseau de toutes les compétences au service des personnes âgées et des personnes handicapées. De son côté, le Département du Pas-de-Calais prévoit d'ouvrir aux personnes handicapées ses deux cent quarante points « information » (mairie, pharmacie...) déployés pour les personnes âgées dans le cadre de la démarche intégrative MAIA. Bien qu'il s'agisse de lieux effectuant principalement d'autres activités, ceux-ci ont d'ores et déjà été conventionnés pour pouvoir recevoir une formation adaptée comprenant notamment la manipulation d'un annuaire référentiel qui favorisera la mise en œuvre de cette dynamique.

Cette volonté d'harmonisation se vérifie aussi en ce qui concerne la mutualisation de l'évaluation. Ainsi, un Département sur six a mis en place des équipes communes<sup>34</sup> pour les évaluations en vue de l'attribution de l'APA et de la PCH<sup>35</sup>. Ce résultat peut paraître modeste mais il faut savoir que l'organisation d'équipes communes se heurte à des résistances fortes. D'ailleurs, lorsque l'équipe com-

<sup>34</sup> Ce sont les Départements suivants : Ardèche, Doubs, Gard, Loir et Cher, Loire, Maine et Loire, Morbihan, Nièvre, Oise, Pas de Calais, Bas Rhin, Vaucluse, Vendée, Vosges.

<sup>35</sup> Il s'agit là essentiellement de la PCH à destination des adultes. En effet, la majorité des Départements conservent une procédure distincte concernant les enfants, allant jusqu'à des réunions d'équipes pluridisciplinaires et des CDAPH spécifiques. Par ailleurs, la PCH à destination des enfants reste peu demandée.

mune est constituée, l'objectif se limite principalement à favoriser le développement d'une culture commune autour de l'approche globale et partagée des besoins de la personne. Le Département de la Corrèze, a ainsi constitué une seule équipe pluridisciplinaire au sein de la MDA (regroupant médecins, infirmières, travailleurs sociaux, référents scolaires, référents insertion...). Mais cette équipe reste organisée autour d'une spécialisation qui distingue l'APA de la PCH. Il est donc assez rare que la mutualisation débouche sur la polyvalence des évaluateurs. Parmi les Départements ayant osé cette approche, ceux de la Côte-d'Or et du Maine-et-Loire ont choisi à cet effet de cibler cette démarche sur un public restreint susceptible d'être bénéficiaire soit de l'APA soit de la PCH : la tranche d'âge des 60-75 ans.

Ce processus exceptionnel de mutualisation poussé jusqu'à la polyvalence va peut-être trouver de nouvelles opportunités en raison de la nécessité d'optimiser le temps de travail de certains personnels, en particulier médical et paramédical, car leur recrutement est de plus en plus difficile. C'est ce qui s'est produit dans le Département des Côtes-d'Armor qui a conclu une convention avec la MDPH afin de permettre à l'ergothérapeute de la MDPH de contribuer aux évaluations APA. Un processus inverse a été retenu par le Département du Doubs ou celui du Pas-de-Calais : les évaluations de la PCH ont été déléguées aux équipes médico-sociales en charge de l'APA, constituées de médecins, d'infirmières et de travailleurs sociaux.

Enfin, une déconcentration des équipes d'évaluation n'a pas nécessairement de lien avec la constitution d'équipes communes. Par exemple, dans cinq Départements (Loir-et-Cher, Maine-et-Loire, Morbihan, Vendée et Bas-Rhin) les équipes sont communes (APA, PCH) mais sont affectées en service central. A l'inverse, la déconcentration des évaluateurs APA et PCH dans les territoires infra-départementaux, comme c'est le cas dans les Départements de l'Allier et de la Creuse, n'a pas entraîné la constitution d'une équipe commune.

## **D – La coordination des intervenants s’organise**

Le besoin de coordination est particulièrement aigu lorsqu’il s’agit d’optimiser les prestations offertes à la personne, car celles-ci peuvent être très diversifiées en fonction de la complexité de la situation et de la qualité des plans. Il est rare en effet qu’une situation bien évaluée ne génère pas plusieurs types de réponse. Divers intervenants peuvent donc être sollicités simultanément ou successivement : professionnels des secteurs social ou médico-social, professionnels du secteur sanitaire, aidants proches. Des services prestataires différents pourront aussi être amenés à intervenir pour les personnes âgées : services d’aides et d’accompagnement à domicile (SAAD), services de soins infirmiers à domicile (SIIAD), notamment, auxquels s’ajoutent pour les personnes handicapées, des services d’accompagnement à la vie sociale (SAVS), des services d’éducation spéciale et de soin à domicile (SESSAD) ou des services d’accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

Or, l’optimisation des moyens est particulièrement difficile à réaliser lorsqu’il s’agit d’harmoniser les actions de services qui interviennent en direction de personnes bénéficiaires de prestations aussi distinctes que l’APA et la PCH. En effet, les difficultés inhérentes à toute démarche de coordination sont considérablement renforcées par la complexité du paysage institutionnel avec la responsabilité de la coordination confiée à des institutions différentes.

Ainsi, pour les personnes handicapées, la loi du 11 février 2005 a confié aux MDPH, au-delà de l’accompagnement de la mise en œuvre des décisions de la CDAPH, l’organisation « d’actions de coordination avec les autres dispositifs sanitaires et médico-sociaux ». Cependant, la très grande majorité des MDPH peine à assurer ces missions notamment en raison de l’embolisation liée au traitement des demandes, dont la progression reste importante. Les échanges avec le Département du Rhône ou le Département du Pas-de-Calais ont permis de constater que la

seule coordination effective se vérifiait à propos des SAVS, dans le cadre de leur mission orientée vers le développement de l'autonomie de la personne.

Concernant la coordination des intervenants autour des personnes âgées, les dispositifs sont venus se superposer les uns aux autres : pôles gérontologiques, centre locaux d'information et de coordination (CLIC), réseaux de santé et plus récemment les dispositifs MAIA et Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) Or, quelles que soient ces appellations, les méthodologies et les objectifs fixés sont convergents. C'est pourquoi on aurait pu préférer un autre scénario, s'appuyant sur la rationalisation et la généralisation des premières structures existantes avant d'en créer de nouvelles. D'ailleurs, plusieurs Départements comme l'Allier, le Rhône ou la Lozère ont fait le choix d'adosser leurs MAIA aux CLIC.

Mais de façon générale, l'hétérogénéité des dispositifs reste la règle, bien que dorénavant une majorité de Départements poursuit le même objectif : consacrer la coordination essentiellement à la gestion des cas complexes, que ceux-ci aient fait l'objet ou non d'une définition, comme c'est seulement le cas dans un Département sur deux.

Concrètement, ce souci de clarification est revendiqué par six Départements sur dix, qui ont choisi pour deux tiers d'entre eux le recours à des MAIA pour y parvenir. Il est vrai que la promotion des MAIA par les Agences régionales de santé (ARS) est favorisée par la promesse de financements. Or, à un moment où les Départements sont confrontés à des difficultés financières considérables, ce type d'opportunité ne peut être négligé, d'autant plus que la méthode MAIA est attractive. Car au-delà de la gestion ponctuelle de cas, cette méthode préconise la construction d'une stratégie et d'outils susceptibles d'atténuer les enjeux institutionnels et corporatistes. C'est le point de vue du Département du Pas-de-Calais, qui a construit une MAIA dès 2009, dans le cadre de

la phase d'expérimentation du dispositif (avant le déploiement de quatre autres).

Pourtant malgré ces intentions affichées, les Départements peinent à s'engager dans la démarche. En effet le pilotage des MAIA peut être confié à de nombreux autres acteurs, sans qu'il y ait toujours une cohérence avec les orientations des Départements. Ce qui s'avère peu compatible avec la responsabilité de chef de file des Départements, particulièrement justifiée dans le domaine gérontologique. Ainsi le choix des ARS de Bretagne et de Franche-Comté de soutenir des MAIA interdépartementales a engendré des tensions et des difficultés avec les Départements des Côtes-d'Armor et du Doubs, par exemple. Car si la légitimité des ARS à initier et financer les MAIA n'est guère discutée en raison de leurs responsabilités étendues sur le plan sanitaire et médico-social, celle-ci ne peut s'épanouir que dans le respect des autres légitimités.

C'est le constat effectué à l'issue de la visite dans les dix Départements, où la mise en œuvre de nouvelles MAIA s'avère laborieuse. Certains Départements comme la Lozère et le Pas-de-Calais relèvent, par exemple, que les pilotes des MAIA sont régulièrement encouragés à renforcer leur autonomie vis-à-vis du Département.

## **E – L'établissement d'un parcours de santé se dessine**

Ces constats illustrent bien la difficulté de la coopération entre les acteurs sociaux et médico-sociaux. On peut donc pressentir qu'ils le seront encore davantage entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire, car le cloisonnement entre ces deux domaines est encore historiquement beaucoup plus étanche. Rien de décisif ne pourra donc se faire pour rationaliser les parcours de soin et évoluer vers des parcours de santé (du social au sanitaire) sans une reconfiguration des relations stratégiques bien trop distantes entre les

décideurs du champ sanitaire et ceux du champ médico-social et social. Cette volonté est de plus en plus clairement affichée dans des travaux publiés récemment<sup>36</sup>, mais nécessiterait pour être opérationnelle, une meilleure reconnaissance des contributions respectives de chaque secteur. Ce qui passe par une meilleure connaissance partagée des besoins et de l'offre, seule apte à faciliter l'émergence de convictions partagées sans lesquelles la définition de priorités communes reste illusoire.

C'est la finalité de l'observation sociale qui commence à être perçue comme indispensable comme le montre une enquête récente de l'ODAS sur ce sujet<sup>37</sup>. Selon cette étude, la quasi-totalité des Départements seraient dorénavant engagés, bien que plus ou moins efficacement, dans des démarches d'observation sociale. Plus du tiers d'entre eux se seraient particulièrement investis sur la question de l'autonomie, malgré les difficultés relevées fréquemment par les Départements à faire remonter des données d'observation, qu'elles proviennent de la MDPH ou des acteurs sanitaires. Et lorsque cette remontée s'effectue bien, il est encore plus rare que le partage d'informations se traduise par autre chose que la seule mise à disposition de données.

C'est pourquoi bien que de part et d'autre (ARS et Départements) on évoque à propos de la réalisation des schémas une progression des collaborations, celle-ci s'avère plus formelle que réelle. Ainsi les schémas régionaux de l'organisation médico-sociale (SROMS) comme les autres schémas du programme régional de santé (PRS), se présentent principalement comme des déclinaisons locales de la politique nationale de santé. De fait, la prévention sera essentiellement abordée sous un angle sanitaire (mémoire, chute, nutrition, iatrogénie), alors que les schémas Départementaux

<sup>36</sup> HCAAM, *Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM*, Paris 22 mars 2012.  
GOHET Patrick, *L'avancée en âges des personnes handicapées : contribution à la réflexion*, Paris, octobre 2013.

PIVETEAU Denis, *Zéro sans solution : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*, juin 2014.

<sup>37</sup> *Rapport Odas relatif à l'observation sociale dans les départements – A paraître.*

auraient pris davantage en compte des problématiques plus sociales comme le maintien des liens, la maltraitance ou l'adaptation du logement.

On retrouve à propos des liens de coopération entre l'ARS et les Départements le même type de difficultés que en ce qui concerne les liens entre les services centraux et les services territorialisés des Départements. Les premiers ont une vision de techniciens dont la légitimité repose sur la connaissance sociale, juridique et économique de la discipline. Les seconds ont principalement une vision d'acteurs de terrain dont la légitimité repose sur la connaissance concrète des besoins sociaux.

Le cloisonnement entre ARS et Départements est par ailleurs renforcé par l'absence de cohérence entre les périmètres des schémas. En effet, la correspondance entre les territoires de santé des ARS et les territoires sociaux et médico-sociaux des Départements n'est effective que dans quatorze ARS sur vingt-deux. Rappelons que dans les Régions Picardie ou Rhône Alpes, les territoires de santé sont « à cheval » sur plusieurs Départements, ce qui ne facilite pas la mise en œuvre de certaines orientations en matière de coordination, à l'exemple du déploiement des filières gériatriques ou des dispositifs MAIA.

Cette prégnance des cloisonnements constatée au niveau des schémas se vérifie aussi à propos des « conférences des territoires », car bien que les collectivités territoriales et les services médico-sociaux y soient représentés, les approches de ces instances restent essentiellement sanitaires et peu ouvertes à une vision globale des problématiques.

Il reste que la nécessaire recherche de synergies dans ces temps difficiles influence de plus en plus souvent les collaborations comme le montre le lancement d'appels à projets conjoints entre les ARS de Rhône-Alpes et des Pays de Loire et les Départements concernés.

## **II – Le traitement rationalisé de l’offre de service**

Bien que de natures différentes, l’APA et la PCH visent le même objectif : soutenir le maintien à domicile en atténuant par des prestations les effets de la perte d’autonomie. Mais cette volonté, bien que soutenue par les financements de la CNSA, se développe dans un contexte caractérisé par une très grande fragilité des finances départementales. Ces cinq dernières années, l’augmentation de la charge nette des Départements concernant le financement de leurs responsabilités sociales a constamment été supérieure à 1 milliard d’euros par an, ce qui représente pour 2014 une augmentation de 5,2 %. Or, durant la même période l’augmentation des recettes n’a cessé d’être inférieure, provoquant ainsi un véritable effet de ciseaux pouvant mener à terme à un étranglement financier des Départements. Dans ces conditions, le cap doit être mis nécessairement vers l’optimisation des ressources disponibles si l’on veut conserver le même niveau de service, en quantité et en qualité. Cette dynamique ne peut s’avérer fructueuse que si elle réussit à appréhender positivement dans la définition des plans la complexité réglementaire (A), à rationaliser l’offre de prestations existantes (B) et à développer une offre nouvelle (C).

### **A – La difficile harmonisation des plans d’aide et de compensation**

Il faut en convenir, c’est seulement en tenant compte de la spécificité de chaque dispositif (dépendance et handicap) que les Départements peuvent engager une démarche de rationalisation de l’offre de prestation existante. Car l’impact des deux réglementations va bien au-delà du seul montant des aides et de la contribution réelle des bénéficiaires, comme on l’a vu précédemment. Elles engendrent aussi des différences sur le contenu même des plans et donc des aides, dont en premier lieu celles faisant appel à l’intervention humaine.

## Les aides humaines

Lorsqu'on compare l'utilisation qui est faite des prestations par les bénéficiaires de l'APA ou de la PCH, on peut instantanément mesurer l'impact de leurs réglementations respectives sur l'aide humaine. L'APA permet d'assurer essentiellement le recours à des intervenants professionnels, selon l'enquête de l'ODAS, dont 70 % relevaient en 2012 de services prestataires, 10 % de services mandataires<sup>38</sup> et 20 % de l'emploi direct. En revanche la PCH, dans son volet aide humaine, ne permettait le recours à des activités salariées que pour 63 % de son montant, car 27 % de la PCH est consacrée aux aidants familiaux. Et l'activité salariée est composée de 62 % de services prestataires, 6 % de services mandataires et de 32 % d'emploi direct.

C'est dire à quel point l'APA se différencie de la PCH par son impact beaucoup plus conséquent sur l'emploi salarié. D'autant plus que les masses financières concernant chacune des prestations varient du simple au double (3,2 milliards d'euros pour l'APA à domicile et 1,6 milliard d'euros pour la PCH en 2014)<sup>39</sup>. D'ailleurs, l'étude montre que pour les Départements qui répondent à cette question dans notre enquête, l'APA finance 230 millions d'heures salariées contre 47 millions d'heures salariées pour la PCH.

### Répartition des heures d'aides humaines

Source Odas

	220 à 240 millions d'heures d'APA (pour 53 répondants)	111 millions d'heures de PCH (pour 44 répondants)
<b>TOTAL heures salariées</b>	<b>100%</b>	<b>42%</b>
dont services prestataires	70%	62%
dont services mandataires	10%	6%
dont emploi direct	20%	32%
<b>TOTAL aidants familiaux</b>	<b>0%</b>	<b>58%</b>

<sup>38</sup> Le service mandataire prend en charge les formalités administratives liées à l'embauche tout en permettant à la personne de recruter lui-même le salarié.

<sup>39</sup> Lettre de l'Odas, *Les dépenses départementales d'action sociale en 2014 - Le doute n'est plus permis*, juin 2015.

Cette situation explique que de nombreux acteurs des Départements, très attachés au développement local en raison de leur responsabilité en matière d'insertion, émettent des réserves sur l'indemnisation des aidants familiaux, peu impactante sur l'emploi. Mais leurs doutes portent aussi sur les risques générés par cette prestation, tant pour les personnes handicapées que pour leurs aidants. Sont ainsi évoqués le risque « d'enfermement », le risque de refus ou de retard d'un placement en établissement souhaitable pour l'intéressé, le risque pour l'aidant d'un éloignement du marché du travail avec les conséquences sur l'ouverture de ses droits à l'assurance vieillesse, le risque d'épuisement...

De plus, les Départements considèrent qu'il est particulièrement difficile d'évaluer précisément le rôle spécifique de l'aidant et son temps d'intervention, puis de vérifier l'effectivité du service apporté. Ce qui les conduit à considérer que le financement accordé à la personne handicapée pour rémunérer un aidant familial peut parfois n'être qu'un complément de ressources pour les familles, dans une logique plus proche de l'ACTP que de la PCH, mais avec une charge de gestion et une complexité bien supérieure pour les Départements.

### **Les autres aides**

L'impact de la différenciation réglementaire entre l'APA et la PCH porte aussi sur les autres aides, dont certaines, comme le soutien à la mobilité, sont particulièrement utiles pour préserver la vie sociale des intéressés. En effet, seule la PCH prévoit explicitement le recours à ce type d'aides, ce qui favorise leur financement et donc leur diffusion. Plus précisément, 13 % des dépenses de PCH sont consacrées à d'autres aides que l'aide humaine, alors que pour l'APA cette proportion oscille entre 5 % à 11 % selon les Départements. Ce résultat s'explique aussi par le plafonnement des GIR pour l'APA, car déjà en 2011, 20 % des plans d'aide APA, tous GIR confondus, atteignaient leur plafond (contre 14 % en 2005). Un mouvement qui se poursuit d'après nos interlocuteurs

dans dix Départements<sup>40</sup>. Par ailleurs, ce taux de saturation monte jusqu'à 42 % pour le GIR 1. Les marges de manœuvre sont dès lors considérablement réduites pour compléter les aides humaines par d'autres aides.

C'est pourquoi quelques Départements ont mis en œuvre des procédures aboutissant à un déplafonnement de l'APA<sup>41</sup>, tandis que d'autres (un Département sur quatre), ont ouvert l'accès au fonds de compensation, prévu pour les personnes handicapés, aux personnes âgées.

Mais en dehors de ces difficultés propres à l'APA, d'autres sont communes aux deux dispositifs. C'est d'abord, au moment de l'évaluation des besoins, la difficulté de recourir à des compétences spécialisées, rares dans les services départementaux comme dans les MDPH. C'est aussi la difficulté de pouvoir trouver, pour les adaptations du logement, des entreprises compétentes et de choisir les produits offrant les meilleurs rapports qualité/prix. C'est également la difficulté de gérer des procédures complexes d'éligibilité et de calculs en dépit des efforts de la CNSA pour mettre en place des référentiels... Une liste non exhaustive, qui montre les obstacles que rencontrent les bénéficiaires et que doivent surmonter les MDPH et les Départements.

Aussi plusieurs d'entre eux sont amenés à bâtir des prestations particulières pour résoudre certains problèmes en dehors du financement prévu par l'APA ou la PCH. C'est le cas du Département

<sup>40</sup> La future loi d'adaptation de la société au vieillissement pourrait renforcer l'impact de l'APA sur l'emploi en apportant des corrections dans l'attribution de l'APA à domicile. Elle prévoit d'une part la revalorisation des plafonds d'aide, qui pourraient ainsi être relevés de 30 % pour un GIR 1, de 23 % pour un GIR 2 et de 19 % pour un GIR 3 et 4. D'autre part, une baisse du « ticket modérateur » est également envisagée : il serait nul pour les bénéficiaires de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA - ex minimum vieillesse) et pourrait plus ou moins baisser pour les autres bénéficiaires selon l'importance du montant du plan.

<sup>41</sup> L'Ain, l'Aude, le Cher, les Cotes-d'Armor, les Landes, le Pas de Calais, le Haut Rhin, les Deux-Sèvres, les Hauts de Seine.

du Doubs, qui a mis en place le dispositif « vie autonome » géré par son service « habitat logement ». Il permet, sous certaines conditions de ressources, de financer l'adaptation du logement des personnes âgées en perte d'autonomie importante et de les accompagner dans la réalisation de ces travaux. C'est le cas d'autres Départements, comme les Hautes-Alpes qui cherchent à obtenir des bailleurs sociaux qu'un logement ayant bénéficié de travaux d'accessibilité financés par la PCH et le fonds de compensation puisse être fléché vers un public en perte d'autonomie malgré les limites réglementaires.

Enfin, le recours, à des conditions favorables, aux nouvelles technologies en matière d'aides techniques ou d'aménagement du logement est une voie empruntée par quelques Départements, soucieux de faire de la contrainte démographique que constitue le vieillissement de leur population un véritable levier de développement territorial. C'est le cas pour la Creuse<sup>42</sup> qui propose un pack domotique pour le domicile, composé d'une téléassistance interactive et d'un dispositif de sécurité et de prévention (surveillance fumés et gaz, chemin lumineux entre le lit et les toilettes...). Ce pack domotique est systématiquement inscrit au plan d'aide APA, que la personne souhaite ou non l'utiliser, et peut donc être pris en charge partiellement ou totalement. Il est également financé à 75 % dans le cadre d'une PCH.

## **B – La rationalisation de l'offre de prestations**

La prise en compte sociale et médico-sociale de la perte d'autonomie avec la création de l'APA et de la PCH n'a pas manqué d'affecter l'offre de services. Progressivement, les traditionnels services d'aides ménagères se sont transformés en service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), aptes à proposer les services

<sup>42</sup> Voir le site internet de l'agence des pratiques et initiatives locales de l'Odas, [www.apriles.net](http://www.apriles.net) : « Quand le vieillissement donne de l'élan aux territoires ».

de professionnels au profil plus diversifié comme les auxiliaires de vie sociale (AVS) et les techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF) notamment. Ces services entrent dans le cadre de la loi 2002-2 qui prévoit que les Départements autorisent et tarifient pour une durée de 15 ans «les établissements et services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à leur domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soin ou une aide à l'insertion sociale».

Cependant, depuis la loi du 26 juillet 2005, relative au développement des services à la personne, dite loi Borloo, deux systèmes cohabitent en matière d'organisation des services à domicile : celui de l'autorisation impliquant de fait une tarification et celui de l'agrément par les services de l'Etat, pour une durée de cinq ans.

### **La perception d'un imbroglio réglementaire**

Les 9 000 SAAD recensés relèvent donc pas tous du régime de l'autorisation. Car rares sont les Départements qui, comme la Creuse, ont fait le choix d'autoriser tous les SAAD. Par ailleurs le nombre de SAAD est très variable selon les Départements, même lorsqu'ils sont peu peuplés. Par exemple, le Département de la Lozère, avec une superficie moyenne (5 167 km<sup>2</sup>) a trois SAAD, tandis que le Département de la Creuse, avec une superficie similaire (5 549 km<sup>2</sup>) en a sept. Pour les Départements peuplés, leur nombre peut être considérable comme dans le Rhône, avec plus de deux cents SAAD.

Cette diversité se traduit par des SAAD dont la taille varie de une à plusieurs centaines de salariés, ce qui ne facilite pas l'organisation de l'offre de service, par ailleurs entravée par la coexistence de deux régimes juridiques relevant de deux autorités distinctes.

C'est ce qui explique que les responsables locaux rencontrés dans le cadre de cette étude, demandent à ce que s'engage une réflexion pour parvenir à mettre en place un dispositif unique et rénové

d'autorisation des services d'aide à domicile.

### **La mise en œuvre d'une tarification complexe**

C'est d'autant plus nécessaire que la très grande diversité de SAAD s'accompagne d'une situation très disparate en ce qui concerne leurs coûts de revient. En effet, de multiples paramètres sont à prendre en compte, comme la composition des équipes, la distance et la durée des déplacements pour se rendre au domicile des bénéficiaires, la continuité du service rendu ainsi que la nature des actes qui varient selon le niveau de dépendance. Cela se traduit donc par des écarts entre les tarifs qui se vérifient tout particulièrement en ce qui concerne les SAAD autorisés et tarifés par les Départements.

Il ressort de notre étude que leurs tarifs horaires, arrêtés en 2012, variaient de 12,30 à 26,50 euros. Plus précisément, pour quatre Départements sur cinq, le tarif inférieur arrêté variait entre 16 et 20,50 euros, pendant que le tarif supérieur arrêté variait entre 19,50 et 24 euros. Cette grande diversité en matière de tarification se vérifie également dans les dix Départements visités, comme

#### **Tarifs administrés (2013) pour l'APA dans les services autorisés des 10 Départements visités**

*Source Odas*

<b>Dpts</b>	<b>Tarif inférieur</b>	<b>Tarif supérieur</b>	<b>Tarif de référence</b>	<b>Précisions sur les services autorisés</b>
<b>1</b>	17,00 €	22,00 €	17,00 €	
<b>2</b>	18,32 €	21,23 €	17,59 €	
<b>3</b>	18,86 €	23,95 €	19,20 €	Tous tarifés
<b>4</b>	19,00 €	20,10 €	19,75 €	
<b>5</b>	19,18 €	Tarif unique	17,78 €	
<b>6</b>	19,24 €	22,90 €	17,59 €	Tarif de référence spécifique à 18,50
<b>7</b>	19,25 €	22,33 €	19,38 €	Tous tarifés
<b>8</b>	19,70 €	19,96 €	17,59 €	Tous tarifés
<b>9</b>	20,00 €	26,69 €	19,08 €	
<b>10</b>	21,17 €	Tarif unique	17,59 €	

en témoigne le tableau ci-dessous.

De surcroît, le tarif du service n'est pas toujours utilisé pour le calcul des plans d'aide APA. En effet, 28 % des Départements utilisent dans ce cas de figure un tarif unique, dit tarif de référence, qui sert également pour les SAAD non tarifés. Notons que ce tarif de référence varie selon les Départements de 15,41 à 21 euros (réponse de 69 Départements).

On mesure alors l'écart qui peut exister entre le tarif facturé par le service et le coût de revient du SAAD, avec un risque important pour l'équilibre économique de la structure.

De plus si les heures effectuées dans le cadre de l'APA et de la PCH constituent l'activité principale des SAAD, un grand nombre d'entre eux sont conventionnés par les Caisses de retraites pour fournir également des heures de prestations. Or dans un Département sur trois le tarif national, fixé par la CNAV et que les services doivent obligatoirement respecter pour conserver leur conventionnement par la caisse, est inférieur à ceux fixés par les Départements.

Pour ce qui concerne les services mandataires, les Départements fixent un tarif qui correspondait en moyenne en 2012 à 69 % du tarif de référence des services prestataires, et pour l'emploi direct à 61 % du même tarif de référence.

Enfin, il est à noter que cette grande complexité en matière de tarification se renforce dans le cadre de la PCH. En effet, il existe des tarifs de référence nationaux<sup>43</sup>, qui sont appliqués en ce qui concerne les SAAD, par les deux tiers des Départements (le tiers restant appliquant généralement le même tarif de référence que celui fixé pour l'APA). S'agissant des services mandataires et de l'emploi direct, la quasi-totalité des Départements utilisent les

<sup>43</sup> Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, le tarif national de référence est de 12,49 euros de l'heure pour l'emploi direct, de 13,74 euros de l'heure pour un service mandataire et de 17,77 euros de l'heure pour un service prestataire. L'indemnisation des aidants familiaux s'élève à 3,67 ou 5,51 euros de l'heure, selon que l'aidant maintient totalement ou partiellement son activité salariée.

tarifs de référence nationaux, bien que ceux-ci soient le plus souvent inférieurs à ceux de l'APA. Cette fragilité financière des SAAD est également accentuée concernant la prise en charge des personnes handicapées par un volume d'heures d'aides humaines salariées bien plus faible qu'avec l'APA.

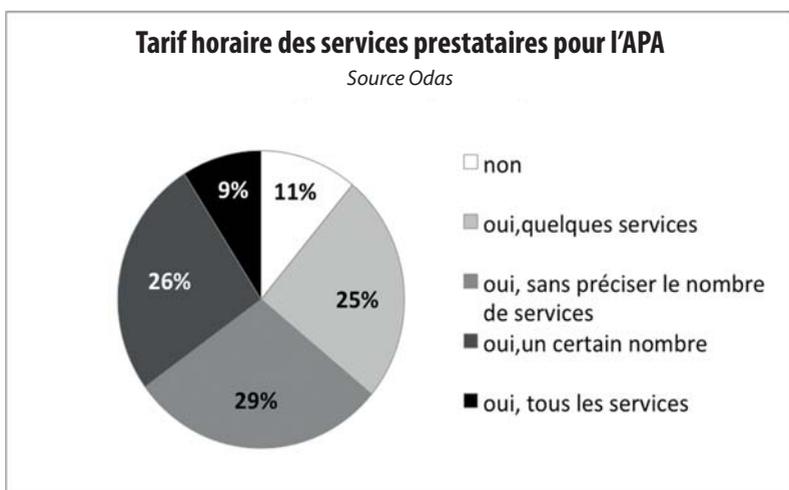
### **Un contrôle d'effectivité plus performant**

Le Département assurant le paiement des allocations APA et PCH, il lui revient d'assurer le contrôle d'effectivité de l'aide, afin de s'assurer que l'allocation attribuée est utilisée à bon escient. Ce contrôle s'effectue principalement lorsque la prestation fait l'objet d'un versement directement à l'usager. Il est alors davantage ciblé sur l'emploi direct. Dans le cas de l'APA, six Départements sur dix effectuent un contrôle dans les six premiers mois de versement de l'aide, et deux sur dix la première année. La périodicité de ce contrôle est d'un an ou moins pour plus d'un Département sur deux. Huit Départements sur dix s'appuient sur les déclarations Urssaf, mais également sur la production d'autres justificatifs, systématiquement pour la moitié des Départements et par sondage pour un tiers des Départements. Il est à noter que ces contrôles d'effectivité sont effectués par le biais de l'usage des chèques emploi service universels (Cesu) dans un tiers des Départements.

Pour les aides techniques et les aides à l'aménagement du logement, le contrôle est réalisé sur présentation d'une facture par le bénéficiaire (neuf Départements sur dix), et il n'est pas systématique dans plus de neuf Départements sur dix lorsque les montants sont modestes.

La lourdeur des contrôles sur les bénéficiaires (temps, coût...) peut expliquer leur absence et surtout pousse les Départements à aller de plus en plus vers le paiement direct aux SAAD. Dans le cadre de l'APA, deux tiers des Départements payent directement l'aide à au moins un SAAD. Dans un tiers des cas, tous les services ou presque sont concernés et dans un quart des cas, ce système

n'a été mis en place qu'avec les services autorisés. C'est pourquoi l'automatisation, le systématisme et la simplification de ces contrôles, rendus possibles par la télégestion, constituent un progrès important. La télégestion est d'ailleurs installée dans au moins un SAAD, dans neuf Départements sur dix pour l'APA, et dans sept Départements sur dix pour la PCH. De même, un Département sur deux déclare avoir mis en place un dispositif d'encouragement au déploiement de la télégestion, même si ce dernier est réalisé de manière très inégale selon les Départements,



Source : ODAS enquête avril 2013 auprès de tous les départements "enquête sur les plans d'aide APA et les plans de compensation PCH à domicile" 83 réponses

comme le montre le graphique ci-dessous.

Cette diversité se vérifie encore plus en matière de télétransmission, qui peut très utilement accompagner la télégestion. En effet, la télétransmission permet de dématérialiser l'échange de données entre les SAAD et le Département. Le contenu de ces données porte d'abord sur les heures d'intervention effectuées, communiquées par le SAAD au Département. Une fois sur deux le Département envoie en retour les factures au SAAD. Plus rarement, cet outil est utilisé par le Département pour transmettre les éléments du plan d'aide.

Son déploiement est moins avancé que celui de la télégestion, car la diversité des outils informatiques choisis pour la gestion de l'activité des services pose des problèmes d'interopérabilité avec les outils du Département. Dans le cas de l'APA la télétransmission est utilisée avec au moins un service dans quatre Départements sur dix. Dans le cas de la PCH, elle est utilisée dans près de trois Départements sur dix. Dans les deux cas de figure, trois Départements sur dix souhaitent y parvenir.

Incontestablement, le recours à ces outils modernes de gestion et à la dématérialisation des échanges entre les SAAD et les Départements devrait progresser dans les années à venir, pour peu que l'encouragement de la CNSA et des fédérations nationales d'aide à domicile, notamment grâce à des financements au titre de la section IV, se poursuive.

C'est d'ailleurs le même constat qu'il est possible de formuler pour le recours au Chèque emploi service universel prépayé (CESU) quand l'aide est payée directement au bénéficiaire. Car s'il a comporté certaines contraintes pour les institutions émettrices, à cause du versement des cotisations sociales, il permet tout en donnant une visibilité aux Départements, de sécuriser les paiements et de réduire les charges de contrôle et de récupération des indus. Pourtant son utilisation reste encore limitée à un tiers des Départements. Et il n'a été rendu obligatoire dans le cas de l'APA que pour un peu plus de la moitié d'entre eux.

### **Le renforcement de la coopération avec les services prestataires**

Améliorer la réponse aux besoins (couverture du territoire, diversité et qualité des prestations), rechercher des moyens de rendre plus simple et plus lisible la mise en œuvre de l'aide tout en sécurisant les services en matière d'activité et de financement sont des enjeux majeurs. Ces objectifs s'inscrivent dans le développement de

nouvelles relations contractuelles entre les SAAD et les Départements. Cette contractualisation est encouragée par la CNSA, qui depuis 2007 dispose du fonds de modernisation de l'aide à domicile. Privilégiant désormais une approche globale, ces crédits, relevant de la section IV du budget de la CNSA, doivent permettre de monter des co-financements avec les Départements, les réseaux des services de l'aide à domicile et les organismes paritaires professionnels agréés de formation (OPCA). L'objectif est de renforcer la qualité des services et de moderniser leur gestion dans trois directions : l'organisation de l'offre dans les Départements, l'organisation des services, la formation du personnel.

Neuf Départements sur les dix visités avaient fait appel à ce financement, avec une ancienneté plus ou moins importante, et le dixième Département en avait le projet. Il ressort des entretiens menés que ce soutien financier ne peut produire d'effets significatifs et durables que s'il s'inscrit dans une stratégie définie par chaque Département à partir d'un diagnostic partagé avec les SAAD, et que si sa mise en œuvre se fait en complémentarité des soutiens financiers attribués aux fédérations nationales des services d'aide à domicile. Car ils peuvent permettre de contribuer effectivement à la restructuration de l'offre de service.

Ainsi, dans le Département des Côtes-d'Armor ces financements ont permis de soutenir les SAAD autorisés dans des démarches de mutualisation, voire de fusion, tout en donnant au Département l'ingénierie nécessaire pour les accompagner. Ils ont en outre favorisé le déploiement de la télégestion et l'expérimentation de la télétransmission. Dans le Département de la Creuse, ces financements ont permis de susciter une dynamique nouvelle entre les services autorisés et tarifés en introduisant non seulement une mutualisation d'outils (notamment autour de la télégestion avec un serveur informatique commun) mais également une mutualisation de compétences (spécialisation de chaque directeur de service dans un domaine particulier pour être personne ressource pour l'ensemble des services). Dans le Département du Rhône

où les services sont particulièrement nombreux, ces financements ont été davantage utilisés pour organiser des formations à destination des personnels des services, tant autorisés qu'agréés, afin de développer une culture commune.

Mais les actions soutenues par ces financements peuvent également être intégrées d'autres démarches initiées par les Départements. Il s'agit en particulier des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), qui peuvent être conclus entre « les personnes physiques et morales gestionnaires d'établissements et de services et la ou les autorités chargées de l'autorisation et, le cas échéant, les organismes de protection sociale ». Ces contrats sont signés pour cinq ans à l'issue d'un diagnostic commun entre les parties signataires, et portent tant sur le fonctionnement du service que sur son financement. Ce dialogue doit permettre de définir des objectifs relatifs à l'activité du service, à l'instauration d'une démarche qualité, au retour à l'équilibre budgétaire, ainsi que la définition des moyens à mobiliser. La pluri-annualité des CPOM, l'établissement de modalités de financement sur la durée du contrat et la substitution d'un dialogue de gestion à un dialogue purement comptable, lorsqu'il existait, constituent les caractéristiques principales de cette démarche.

Les visites dans les dix Départements de l'étude, complétées par une enquête flash en juin 2014 auprès de l'ensemble des Conseils Départementaux et de nombreux échanges, ont permis de mieux apprécier leur développement. Un peu plus d'un tiers des Départements s'est engagé dans la négociation puis la signature d'un CPOM avec au moins un SAAD, ou en avait le projet. Dans la majorité des cas le service signataire est autorisé et tarifé. En effet, seuls trois Départements ont actuellement signé des CPOM avec des services agréés<sup>44</sup>.

Quant à leur contenu, il faut noter qu'un tiers des Départements ayant signé un CPOM poursuit un objectif de convergence tarifaire

<sup>44</sup> Il s'agit des Départements suivants : Maine-et-Loire, Moselle, Territoire de Belfort.

et dix-sept Départements ont mis en place un financement des services par une dotation globale versée mensuellement et assortie d'un mécanisme de régulation. Mais ces aspects financiers sont complétés par d'autres dispositions sur la diversification, sur la qualité des activités et sur les modalités de gestion (organisation, formation, télégestion...).

Par exemple, le Département de la Creuse vient de signer une seconde génération de CPOM avec les sept SAAD autorisés et tarifés de son territoire. La première génération était centrée sur les organisations avec un objectif de rationalisation des SAAD, notamment en redéfinissant les secteurs d'intervention de chacun des services, sans omettre la qualité de service et le respect de la législation du travail. En contrepartie, le Département s'était engagé à réévaluer les tarifs des SAAD en programmant une convergence progressive de ces tarifs. En 2013, un seul service n'avait pas encore atteint l'objectif fixé en matière de tarif. La seconde génération de CPOM porte principalement sur la formation des personnels et le rôle d'accompagnement des SAAD auprès des personnes prises en charge.

Dans le Département du Pas-de-Calais, où au moment où nous écrivons ce rapport 40 % des SAAD autorisés sont signataires d'un CPOM, la première génération de CPOM a été consacrée aux moyens de revenir à l'équilibre budgétaire pour les sept services alors signataires. La seconde génération, qui concerne quinze services, se veut plus ambitieuse, avec une démarche de maîtrise et de convergence des tarifs, mais également des objectifs en matière de qualité du service rendu aux bénéficiaires, de mutualisation des moyens, d'aides aux aidants...

Une quinzaine d'autres Départements<sup>45</sup> se sont engagés dans l'expérimentation ouverte par l'article 150 de la loi du 28 décembre

<sup>45</sup> L'Ain, l'Aisne, l'Ardèche, l'Ariège (prévision), la Charente, la Corrèze, les Côtes-d'Armor, le Doubs, l'Essonne, l'Indre-et-Loire, le Lot, la Meurthe et Moselle, le Pas-de-Calais, la Sarthe, la Somme.

2011 relative au financement de la sécurité sociale pour 2012. Cet article, complété par un cahier des charges défini par l'arrêté du 30 août 2012, les autorise à expérimenter pour une période de trois ans maximum, dans le cadre d'un CPOM, des systèmes de tarification alternatifs des services, à la fois auprès des services autorisés et des services agréés, prenant en charge des personnes âgées dépendantes comme des personnes handicapées. Deux modes de tarification ont été retenus : le premier, issu de la réflexion menée par l'Assemblée des Départements de France (ADF) et les fédérations du secteur de l'aide à domicile repose sur le calcul d'un forfait global. Le second conserve un système de tarification horaire, assorti le cas échéant, de la valorisation de missions d'intérêt général.

Lorsque le choix s'est porté sur le système du forfait global, les Départements ont adopté des pratiques très différentes. Ainsi, le Département des Côtes-d'Armor s'est engagé sur le paiement à six SAAD de sommes établies sur la base d'un forfait global, mais en s'appuyant sur des conventions annuelles renouvelables. Ceci afin d'évaluer et adapter au fil des ans le dispositif retenu. Le Département du Doubs fait figure d'exception en ayant choisi d'expérimenter ce dispositif avec tous les SAAD autorisés. En effet, les expérimentations sont menées le plus souvent avec un nombre limité de services autorisés, et seuls les Départements de la Corrèze et du Lot l'ont ouverte à des services agréés.

Ces expérimentations revêtent une importance particulière au regard du droit communautaire. En effet, quel que soit le mode de tarification retenu, elles appliquent le principe du mandatement européen, afin de permettre aux SAAD de relever des services sociaux d'intérêt général (SSIG) et de sortir ainsi des règles classiques de la concurrence entre les entreprises. Cela se traduit par la nécessité pour les services concernés d'assumer des missions d'intérêt général comme par exemple, assurer une continuité du service (en termes d'amplitude horaire et/ou tous les jours de la semaine, y compris le samedi et le dimanche), contribuer à assurer

l'offre de service sur tous les points du territoire du Département, ou encore participer à la mise en œuvre de certains axes des schémas comme l'aide aux aidants, la prévention... En contrepartie, le Département peut rétribuer spécifiquement ces missions, ainsi d'ailleurs que d'autres organismes potentiellement intéressés comme les ARS ou les Caisses de retraite. Il s'agit alors d'un paiement global annuel, dont le montant est négocié entre les parties concernées.

Dans le Département du Doubs, ce montant est établi sur la base d'un nombre d'heures prévisionnelles d'intervention. S'y ajoutent les dépenses de structure et de transport. Mais il est également prévu de prendre en compte, à côté du niveau de dépendance des personnes suivies, leur degré d'isolement social et environnemental, avec l'indicateur d'environnement moyen pondéré (EMP). Le Département des Côtes-d'Armor a établi cet EMP sur quatre niveaux de présence de l'entourage « absent », « peu présent », « très présent mais peu aidant », « très présent et très aidant ».

De plus, l'expérimentation prévoit également des dispositions afin d'apporter de la souplesse dans la mise en œuvre du plan, avec le Plan Individuel d'Intervention (PII). Comme cela a déjà été évoqué, le PII doit être co-construit entre les équipes du Département, le bénéficiaire et le service, au-delà d'une simple détermination du niveau de dépendance, comme l'illustrent les travaux menés dans le Département de la Sarthe. Avec le PII, les SAAD ont la possibilité d'adapter leurs interventions aux variations éventuelles des besoins des bénéficiaires<sup>46</sup> et de reporter en conséquence les heures d'intervention mensuelles non consommées sur les périodes suivantes.

Enfin, le montant de la participation financière du bénéficiaire peut être forfaitisée indépendamment des heures réellement consommées, sous forme d'un abonnement, identique chaque

<sup>46</sup> Ces besoins peuvent varier à la hausse ou à la baisse en fonction de la présence accrue d'un proche, d'une période de fatigue/de maladie, d'une sortie d'hospitalisation...

mois mais qui peut être suspendu lors d'absence prolongée liée à une hospitalisation par exemple. Ce système d'abonnement évite pour les bénéficiaires les variations de leurs participations financières. Quatre des Départements expérimentateurs<sup>47</sup> ne se sont cependant pas engagés dans cette logique d'abonnement. Le bilan de ces expérimentations et surtout les décisions qui s'en suivront seront particulièrement cruciales tant elles sont prometteuses d'une profonde évolution de l'offre de service et annoncent peut-être les prémices d'une refondation de ce secteur.

## **C – Le développement d'une offre nouvelle**

L'optimisation de l'offre de service ne peut se satisfaire du seul traitement de l'offre existante. Elle doit aussi veiller à ce que les réalisations nouvelles correspondent effectivement à des besoins prioritaires. C'est indiscutablement la tendance qui s'observe dans les Départements.

### **L'aide aux aidants**

En effet, en dépit du développement d'une offre de service professionnelle pour aider au maintien à domicile, le rôle des aidants proches demeure déterminant. Les Départements en prennent progressivement conscience et évoquent ce sujet dans de nombreux schémas départementaux (voir supra), tout particulièrement à propos des aidants proches des personnes âgées en perte d'autonomie. Cet intérêt pour la problématique des aidants a également été encouragé par l'élaboration des plans Alzheimer et par les aides financières y afferant, dont se sont opportunément saisis les Départements<sup>48</sup>. Aujourd'hui, la reconnaissance des aidants fait l'objet d'une attention particulière dans le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement.

<sup>47</sup> L'Ardèche, la Charente, la Meurthe-et-Moselle, la Somme.

<sup>48</sup> Enjeux 7 de l'axe 2 du plan maladies neuro dégénératives 2014-2019. Mesures 1,2 et 3 de l'axe 1 du plan Alzheimer 2008-2012.

Concrètement, trois Départements sur quatre déclarent soutenir les proches aidants des bénéficiaires de l'APA en finançant des lieux de rencontres ou l'organisation de groupes de parole. Ce pourcentage est beaucoup moins élevé pour les aidants des bénéficiaires de la PCH (un Département sur trois). Ces actions, en faveur des aidants des personnes âgées, sont le plus souvent coordonnées par les CLIC, avec le soutien des Caisses de Retraite du régime général ou du régime agricole, comme cela a pu être identifié notamment dans les Départements des Côtes-d'Armor ou du Pas-de-Calais. Trois Départements sur quatre s'efforcent également de favoriser le répit des aidants de personnes âgées bénéficiaires de l'APA, un peu moins de la moitié pour les bénéficiaires de la PCH. Il s'agit de faciliter l'accès à des formules d'accueil temporaire, mais aussi d'offrir des modes de transport adaptés pour se rendre notamment à l'accueil de jour. Dans le Département du Pas-de-Calais, une expérience est en cours à l'initiative de l'ARS.

Les Départements participent également au développement de plates-formes d'aide aux aidants, comme dans les Côtes-d'Armor, où est proposé avec un accueil de jour géré par l'ADMR une offre de baluchonnage. Temporairement, un « baluchonneur » prend le relais de l'aidant pendant l'absence de ce dernier, au domicile de la personne âgée dépendante, en continu 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Ce dispositif qui se développe au Québec et en Belgique, se heurte en France à des questions de coût élevé en raison des contraintes de la législation du travail. Il est toutefois testé actuellement dans plusieurs des Départements visités: la Creuse, le Maine-et-Loire et l'Oise.

Enfin dans une moindre proportion, quatre Départements sur dix pour les bénéficiaires de l'APA et moins de trois Départements sur dix pour les bénéficiaires de la PCH, organisent des formations à destination des aidants. C'est notamment le cas du Département de la Lozère, qui a mis en place ce type de formations, en partenariat avec l'inter-régime des caisses de retraite.

## L'accueil temporaire

L'accueil temporaire (accueil de jour et hébergement temporaire) pour favoriser le maintien à domicile est plébiscité par les professionnels comme nous avons pu le constater lors des visites dans les Départements. C'est en effet une solution de répit pour les aidants, mais aussi une réponse adaptée à une situation d'urgence, et une occasion de maintien d'un lien social. De plus, l'hébergement temporaire pourrait constituer une passerelle utile entre le domicile et l'hébergement.

Pourtant, plusieurs Départements constatent que le recours à cette formule s'effectue essentiellement dans l'urgence et rarement dans le cadre d'une réflexion sur le projet de vie de la personne. Ce qui est pourtant possible, comme dans le Département de la Corrèze qui expérimente le développement d'un accueil séquentiel programmé.

En outre, le coût de l'accueil temporaire principalement supporté par le bénéficiaire ne le rend pas accessible à tous. C'est pourquoi le Département de la Creuse a choisi de gérer ce type d'hébergement pour personnes âgées en dehors du plan d'aide APA. L'allocation est alors suspendue et le financement de l'accueil est assuré au titre du dispositif d'aide sociale à l'hébergement, sans recours à l'obligation alimentaire. D'autres Départements ont opté pour de l'aide complémentaire en créant par exemple une prestation forfaitaire de répit qui vient diminuer le reste à charge pour le bénéficiaire. Par exemple, le Département de l'Allier a créé un forfait pour toute personne âgée, bénéficiaire ou non de l'APA, et l'a étendu aux personnes handicapées vieillissantes de plus de 65 ans.

Mais une aide spécifique au financement ne peut suffire si elle ne s'accompagne pas d'une simplification des procédures d'obtention de l'aide. C'est particulièrement vrai pour les personnes handicapées, pour lesquelles l'hébergement temporaire relève en principe d'une nouvelle orientation. Ainsi dans le Département du Pas-

de-Calais où l'accueil temporaire est fortement utilisé pour gérer, aux côtés d'un SAVS, des attentes d'entrées en établissement, toute orientation en établissement vaut aussi orientation en accueil temporaire.

Il reste que ces mesures peinent à se développer en raison de leur coût, de la faible visibilité de l'offre, mais également des réticences et appréhensions qu'elles suscitent, tant chez les bénéficiaires que chez leurs proches aidants.

C'est pourquoi on peut espérer que la généralisation de certaines d'entre elles sera facilitée par le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, en cours d'examen au Parlement au moment de la rédaction de ce rapport. Notamment la conférence des financeurs, dont l'une des missions concerne les aides techniques, l'aide aux aidants, ou encore de l'aide au répit, pourrait y contribuer.

### **Le développement de passerelles entre le domicile et l'établissement**

La nécessité de favoriser des solutions alternatives entre le domicile et l'établissement s'impose dorénavant comme une priorité. C'est la raison pour laquelle la notion de domicile évolue de plus en plus avec la création de nouvelles formules de logement collectif qui renouvellent considérablement la conception traditionnelle du logement-foyer. On peut citer par exemple la création dans le Département de la Creuse de huit logements entièrement domotisés dans une résidence de vingt logements ordinaires. Les locataires sont des personnes en situation de handicap moteur lourdement dépendantes (minimum de trois heures de PCH surveillance par jour) qui disposent de la présence permanente d'une auxiliaire de vie, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Cette continuité d'accompagnement est rendue possible grâce à la mutualisation des PCH. C'est le SAAD local qui assure cette permanence avec du personnel spécifiquement formé à cette mission.

Parallèlement à l'évolution de la notion de domicile les Départements s'attachent aussi à ce que l'hébergement collectif s'ouvre davantage sur le milieu ordinaire. C'est le cas notamment dans le Département des Côtes-d'Armor où par voie conventionnelle l'ADMR a obtenu qu'un EHPAD forme ses intervenants tandis que dans l'Oise un concept d'EHPAD « hors les murs » propose une plate-forme adossée à une communauté hospitalière avec une offre de services gradués (HAD, SSIAD, SAAD,...)

En effet, la possibilité de rester à domicile en cas de dépendance lourde ne pourra se concrétiser que si le développement de passerelles entre le domicile et l'établissement s'accompagne d'un décloisonnement opérationnel des interventions entre le sanitaire et le médico-social. C'est le cas de l'expérimentation portée conjointement par l'ARS et le Département du Doubs pour favoriser la création de services polyvalents d'aides et de soins à domicile (SPASAD). Lancés en 2004, ceux-ci se sont en effet peu développés en raison notamment de l'existence d'un double financement peu compatible avec la mutualisation des compétences. L'expérience du Doubs permet de mettre en place une fongibilité de ces financements et donc de créer des équipes réellement polyvalentes. D'autres Départements (Le Maine-et-Loire, le Rhône, le Pas-de-Calais) ont aussi lancé des plates-formes coopératives de services à l'attention des personnes handicapées, articulant SAAD, SSIAD, SAMSAH, parfois complétées par des dispositifs de répit.

Enfin, il faut signaler que, afin de consolider le maintien à domicile, les Départements multiplient les initiatives pour limiter le recours à l'hospitalisation d'urgence et mieux préparer les sorties d'hospitalisation, en partenariat avec les ARS mais également avec les Caisses de retraite. Plus précisément, un Département sur deux dit avoir mis en place des procédures pour limiter le passage aux urgences. A titre d'illustration on peut citer l'expérience mise en place dans le Département du Rhône dans le cadre des filières gérontologiques que copilotent le Département et l'ARS. Un numéro unique permet aux médecins intervenant auprès de la

personne à domicile ou aux médecins coordonnateurs en EHPAD, de contacter un gériatre d'astreinte au centre hospitalier qui, s'il le juge utile, pourra envoyer une équipe gériatrique mobile auprès de la personne afin de proposer la réponse la plus adaptée. Les premiers résultats sont encourageants avec une baisse notable des hospitalisations d'urgence dans les cas pris en charge par le dispositif : 40 % ont bénéficié d'une hospitalisation programmée et seuls 15 % ont été orientés vers les urgences.

Concernant les sorties d'hospitalisation, un peu plus de la moitié des Départements auraient formalisé des procédures pour les bénéficiaires de l'APA alors qu'ils seraient à peine un tiers à l'avoir fait pour les bénéficiaires d'une PCH. Tous reconnaissent la nécessité d'anticiper la sortie d'hôpital dès l'entrée, en organisant le plus tôt possible l'articulation entre l'hôpital et les autres acteurs : services à domicile, équipes du Département, référents auprès de la personne, caisses de retraites... Sans oublier d'y impliquer les EHPAD, car certains peuvent servir d'accueil temporaire avant le retour à domicile, comme cela est expérimenté dans le département de l'Allier. Cette expérience prouve que même un retour à domicile après un passage en EHPAD est possible, à condition toutefois de vouloir innover au-delà des chemins déjà tracés.



## CONCLUSION

Au vu des informations, tant quantitatives que qualitatives, que cette étude a exploité, on peut affirmer que le service des allocations APA et PCH est mis en œuvre par les conseils départementaux avec le souci de répondre le plus efficacement possible aux attentes des publics concernés. Et que les craintes de ceux qui disaient que la décentralisation pouvait entacher le principe d'égalité de traitement ne se sont pas vérifiées.

Ces constats sont d'autant plus significatifs qu'ils correspondent à d'autres analyses de l'ODAS portant cette fois-ci sur l'offre de service proposé aux personnes en perte d'autonomie. Ainsi, en matière d'hébergement qui représente deux tiers de la dépense consacrée au soutien aux personnes handicapées, l'indicateur de dispersion de la dépense par habitant, qui permet d'analyser si l'effort est homogène entre Départements, a régressé de plus de 20% en quinze ans<sup>49</sup>. Or si ce resserrement est en partie dû à l'harmonisation des coûts, il reflète surtout la volonté des Départements de répondre dans chaque territoire aux besoins, ce qui a entraîné progressivement une homogénéisation de la réponse. De plus, malgré le maintien d'une réglementation distincte entre APA et PCH, les Départements poursuivent leurs efforts d'optimisation des dispositifs grâce à la mutualisation de certaines activités. On peut donc considérer que le bilan de la décentralisation s'avère positif quant à la mise en œuvre des dispositifs de soutien à l'autonomie et des réponses qui en découlent.

Il reste que l'on attendait aussi des Départements qu'ils orientent davantage leur gestion de proximité vers des politiques plus transversales, pour passer d'une action sociale de réparation à une action sociale de prévention. Or par exemple, la prise en compte des questions d'accessibilité reste encore limitée comme le montre

<sup>49</sup> Rapport de l'Odas, *Les indispensables réformes – Propositions issues du bilan de 30 ans de décentralisation*, mai 2015.

la faible sollicitation des villes, pourtant chargées du cadre de vie, dans l'élaboration et la mise en œuvre des schémas départementaux. De même, il est encore difficile d'impliquer les administrations départementales dans des projets concrets de développement social, seuls aptes à répondre à la principale aspiration des personnes âgées et handicapés : conserver une vie sociale.

Il est vrai qu'il s'agit là de questions qui nécessitent, au-delà des réponses techniques, une forte implication politique, pas toujours avérée, bien qu'il s'agisse de définir les grandes orientations stratégiques du soutien à l'autonomie. Avec la nouvelle organisation de la décentralisation qui a consacré le rôle incontournable des Départements en matière de solidarité, la situation évoluera-t-elle favorablement ? On peut le penser à condition que des réponses soient apportées à la question cruciale du financement de l'action sociale départementale.

## **ANNEXES**

# ANNEXE I

## Préconisations de l'ODAS

Les travaux menés en commission autonomie ont permis de faire émerger plusieurs propositions découlant de ce rapport.

1. La promotion **d'une logique de parcours** implique de dépasser le simple service de prestation. A cette fin, lors de l'élaboration du plan d'aide ou du plan de compensation, l'identification puis la coordination des financements de toutes les prestations qui permettent le soutien à domicile, quels que soient les financeurs, pourraient faciliter :

- le recours aux aides techniques ;
- la mise en œuvre des aides à l'aménagement du logement (y compris domotique) ;
- l'aide aux aidants ;
- la mobilité pour l'accès à l'accueil de jour ;
- l'utilisation de l'hébergement temporaire.

2. L'évolution des besoins des bénéficiaires de l'APA et de la PCH, ainsi que l'optimisation des financements publics, justifie **la recherche de mutualisation** de certaines réponses, dont la définition et la mise en œuvre seraient facilitées :

- par la généralisation de « Maisons de l'Autonomie », dont le cadre réglementaire reste encore à préciser, pour mieux favoriser une gouvernance partagée ;
- par la généralisation d'équipes communes d'évaluation, voire par la polyvalence de ces évaluateurs, qui permettra d'enrichir l'expertise ;
- par le développement de passerelles entre le domicile et l'établissement et l'émergence de lieux ou modes d'accueil alternatifs (habitats partagés, accueil familial...) ;
- par des initiatives permettant de peser sur le coût des aides techniques : coopératives d'achat, réutilisation après rénovation de matériels...

3. Le développement d'une **meilleure synergie entre les champs sanitaire et médico-social** est indispensable, non seulement pour des enjeux de rationalisation des dépenses, mais aussi pour mieux garantir l'adaptation de la réponse aux besoins des personnes :

- par une observation et une définition de réponses plus partagées entre les ARS et les Départements, notamment au sein des différents schémas ;
- par une meilleure articulation des dispositifs entre les Départements, les Caisses de retraite et les mutuelles, notamment lors des sorties d'hospitalisation ;
- par le développement de services mixtes médico-sociaux et sanitaires (type SPASSAD) à condition que la logique d'intervention ne soit plus par service (médico-social ou sanitaire) mais par type de professionnels en fonction des besoins des bénéficiaires. A cette fin, la fongibilité des financements pourrait être généralisée.

4. Afin de faciliter l'appréhension des besoins dans toutes ses dimensions, la mise à disposition des équipes d'évaluation d'**un outil multidimensionnel commun** pour évaluer la perte d'autonomie quelle qu'en soit l'origine (naissance, maladie, accident, avancée en âge) scientifiquement validée, est à nouveau confirmée. Cet outil doit permettre de répondre aux limites identifiées des grilles AGGIR et GEVA.

5. Pour **sécuriser le service des allocations APA et PCH** pour tous les acteurs, et le simplifier, plusieurs pistes sont envisageables :

- la communication d'une information précise aux bénéficiaires sur les tarifs, le ticket modérateur et le reste à charge effectif ;
- la détermination et la transmission des informations nécessaires aux prestataires (type plan individuel d'intervention) pour améliorer le service rendu à la personne ;
- le recours au paiement direct des allocations par les Départements aux services, fournisseurs d'aides techniques...
- le développement du recours au Chèque Emploi Service Universel (CESU) lorsque le bénéficiaire recourt à l'emploi direct ;
- l'utilisation du chèque d'accompagnement personnalisé (CAP) pour le paiement du matériel à usage unique.

6. Une **clarification du système agrément/autorisation** est indispensable pour les services à destination des publics fragiles, afin de désigner le Département comme seule autorité responsable et de définir une seule procédure d'autorisation. Cette évolution donnera plus de poids aux Départements pour :

- Adapter, sur tout leur territoire, l'offre de service aux besoins identifiés ;
- généraliser les CPOM dans le respect des principes du droit communautaire, afin de promouvoir une logique plus partenariale avec les services ;
- accompagner les services dans leur adaptation à l'évolution des besoins sociaux.

7. La recherche d'une **meilleure interopérabilité des systèmes informatiques** permettrait d'optimiser les ressources humaines et financières des départements. Cette interopérabilité peut favoriser :

- l'information des bénéficiaires ;
- la transmission de données entre le Département et les opérateurs ;
- l'échange de données entre le Département et la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ;
- l'échange de données avec la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

8. Il est apparu une nécessité de clarifier ce qui relève du suivi de la mise en œuvre des prestations qui concerne tous les bénéficiaires, de l'accompagnement qui ne concerne qu'une partie d'entre eux. Aussi, les Départements pourraient engager un travail pour **préciser la conception de l'accompagnement des bénéficiaires**, son contenu, ses priorités, ses acteurs (professionnels, voire bénévoles).

9. Le soutien à domicile, pour ne pas conduire à « l'enfermement » des bénéficiaires, implique de favoriser le maintien ou la création de liens sociaux. C'est notamment la question de l'accessibilité sous toute ses formes (transports, urbanisme, participation citoyenne, culture, sport, loisirs...). Cela passe entre autre par le **renforcement des coopérations entre Départements et villes et la mobilisation de la société civile** en généralisant les bonnes pratiques recensées en la matière.

## ANNEXE II

### Liste récapitulative des interlocuteurs rencontrés ou contactés

#### **Entretiens réalisés dans le département de l'Allier**

##### Elus et Services du Département :

**Mme Florence ANDRE-FAUCONNIER**, Responsable Service en faveur des Personnes à domicile – **Mme Catherine BOUREZ**, Directrice Territoriale des Solidarités et du Vivre Ensemble – **Mme Caroline CHAUVIN** Responsable du Pôle PA/PH – **Mme Adriane CONTÉ**, Adjointe à la Responsable du Pôle PA/PH et Responsable du SPLAS – **Mme Isabelle DAGES-DESGRANGES**, Responsable Unité comptabilité – **M. Philippe DENIS**, Directeur général adjoint des Solidarités et du Vivre Ensemble – **Mme Maryline LABROUSSE**, Responsable du Pôle des Equipements sociaux et Médico-sociaux – **Mme Marie-Françoise LACARIN**, Vice présidente chargée des Solidarités – **Mme Mélanie LEROY**, Responsable Unité Territoriale d'Action Sociale – **M. Dominique LOUIS**, Directeur de l'Enfance de l'Autonomie et de l'Insertion – **Mme Lydie PICHERIT**, Directrice MDPH – **Mme Danièle ROURY**, Coordonnateur APA – **Mme Annie STELLINI**, Responsable Unité Territoriale d'Action Sociale – **Mme Christelle THUIZAT**, Responsable Unité gestion aide sociale – **Mme Catherine TINARD**, Evalueur équipe médico-sociale.

##### ARS :

**M. Alain BUCH**, Chef de bureau, Délégation territoriale.

##### CARSAT :

**M. Nicolas GERARD**, Sous-directeur action sanitaire et sociale – **Mme NINOT**, Responsable action sociale retraite – **M. Arnaud VILLAUME**, Attaché de direction sanitaire et sociale.

##### CDCPH :

**M. LACOMBE** représentant APF – membre du CDCPH – **Mme WESOLEK** Directrice Vivre Ensemble - membre du CDCPH.

##### CLIC :

**M. Pierre JOMIER**, Responsable du CLIC AMAGE.

##### CODERPA :

**Mme Jeannine LAVEDRINE**, Vice-présidente du CODERPA.

##### MAIA :

**Mme Hélène CETTE**, Pilote.

##### MSA :

**Mme Brigitte LABRUYERE**, Responsable du service social.

##### SAAD :

AADECSA – **M. Dominique BERNIER**, Responsable – **Mme JONNET**,

Responsable des équipes AAD et administratives.

BIEN VIVRE A DOMICILE – **Mme CHABARD**, Responsable du secteur Montluçon – **Mme VIDECOQ**, Directrice.

Service social de l'hôpital CH Moulins Yzeure:

**Mme Sandra BASSEVILLE**, Responsable de l'équipe du service social – **Mme Pauline HUGONET**, assistante sociale – **Mme Celie LEPRINCE**, assistante sociale.

## **Entretiens réalisés dans le département des Côtes-d'Armor**

Elus et Services du Département:

**M. G. BOTHOREL**, Chef du service aide sociale PA/PH – **Mme Valérie BOULIN-HAMON**, Chef du service APA – **Mme Sophie BURLOT TUAL**, Directrice du pilotage des objectifs et des moyens médicaux-sociaux – **Mme Marie-Christine CLERET**, Vice-présidente – **Mme Catherine GALLARDON**, Directrice DIPOMMS – **M. Alain GUEGUEN**, Vice-président – **Mme A. LEON**, chef de service accompagnement à domicile – **M. Daniel MACE**, Directeur Général Adjoint Solidarité – **M. François de MARTEL**, Directeur de l'Accompagnement des citoyens vers l'autonomie – **Mme Caroline PERROT**, Directrice adjointe MDPH

ARS:

**Mme Annick VIVIER**, Directrice délégation territoriale.

CLIC:

**Mme Isabelle CORLAY**, Chef de service Politiques du Vieillessement

MSA:

**Mme Ch. GOSSET**, Responsable secteur aide sociale.

SAAD:

ADMR – **M. Marc CHAUVEL**, Directeur.

CCAS de Ploufragan – **M. Jérôme TRETON**, Directeur.

Service social de l'hôpital CH Yves Le Foll Saint-Brieuc:

**Mme TANGUY**, responsable service social

## **Entretiens réalisés dans le département de la Creuse**

Elus et Services du Département:

**Mme Brigitte AMISET**, Responsable de l'UTAS de Boussac – **Mme Christel BACHELARD**, Direction des personnes en perte d'autonomie – **Mme Isabelle BERROYER**, Direction des actions sociales de proximité – **M. Jean-Luc LEGER**, Vice président en charge des Dépendances et de l'Autonomie – **M. Eric MORIVAL**, Directeur Général Adjoint en charge du pôle jeunesse et Solidarités – **M. David SERTILLANGE**, Chargé de mission Direction des actions sociales de proximité

ARS:

**M. Patrice DUBREIL**, Directeur délégation territoriale.

CARSAT:

**Mme Pia MOULIN SEURRE**, Directrice adjointe.

CLIC:

CLIC Bourgueuf - **Mme BIDON**, cadre supérieur santé.

CLIC Creuse Nord – **Mme RENAUD**, assistante sociale.

MAIA:

**M. SOL**, Directeur.

MSA Limousin:

**Mme JAMMOT**, Directrice adjointe.

SAAD:

SAD ASSIF le Grand Bourg - **M. MOREAU**, Président.

SAD ARGADOM Aubusson – **Mme SEBENNE**, Directrice.

## **Entretiens réalisés dans le département du Doubs**

### Elus et Services du Département :

**M. Francesco ALAMPI**, Directeur de la Délégation aux ressources et moyens

généraux - **Mme Marie-Luce BARBIER**, Chef de service tarification –

**M. Gildas BARRUOL**, Directeur général des Services - **M. Jean-Marie BART**,

Conseiller départemental délégué auprès du Président, en charge du handicap

- **M. Thierry CHAUVILLE**, Chef du service Prestations - **Mme Anissa**

**DEBOUCHE**, Pôle handicap et dépendance - **Mme Odile DELEVOYE**,

Directrice Autonomie - **Mme Françoise DETTWEILER**, Pôle handicap et

dépendance - **Mme Sabrina GAUTHEROT**, Pôle handicap et dépendance –

**Mme Evelyne LOUIS**, MDPH – **Mme Julie MASSELOT**, Directrice adjointe

MDPH - **Mme Danièle NEVERS**, Vice-présidente du Conseil départemental,

Présidente de la commission solidarités - **M. Etienne PETITMENGIN**,

Directeur Général Adjoint chargé du Pôle Solidarité et Cohésion sociale -

**Mme Aline PHILIPPE**, Référente secteur PH - **Mme Catherine PIGANIOL**,

Directrice MDPH

ARS:

**M. Pierre GUILLAUMOT**, Directeur à la Direction déléguée à l'offre de santé  
et médico-sociale.

CARSAT:

**M. Bernard TAPIE**, Directeur Adjoint maladie CARSAT Franche-Comté.

CLIC:

**Mme LAURENT**

GIE-IMPAM:

**M. Benjamin LEROUX**, Responsable action sanitaire et sociale – **M. Frédéric  
MICHEL**, Directeur.

MAIA :

**Mme Carine MENIGOZ**, Pilote MAIA.

MSA :

**Mme Stéphanie PHILIPPE**, Chargée de mission STVI - **M. Stéphane POUCHKARVETCH-DRAGOCHE**, Directeur Adjoint Solidarités, Territoires et vie Institutionnelle.

SAAD :

ASSAD – **Mme Marie-Paule BELOT**, Directrice générale - **M. Xavier COQUIBUS**, Directeur des services d'intervention.

CCAS de Montbéliard - **Mme Catherine BIOLCHINI**, Secteur Personnes Agées - **M. Jean-Louis CARERRE**, élu et **Mme Nadège SIMONIN**.

Service social de l'hôpital :

**Mme Martine BILLIARD**, Responsables du service social - **Mme Nathalie COURGEY**, Responsable du service social.

## **Entretiens réalisés dans le département de la Lozère**

Elus et Services du Département :

**M. Eric ANNINO**, chef du service Evaluation MDPH- **M. Jean-Paul BONHOMME**, Vice-président chargé de l'action sociale et de la solidarité - **Mme Magalie BROUGNOUNESQUE**, Directrice Autonomie – **Mme Christine CASSAN**, Service autonomie tarification - **M. Anthony COLON**, Gestion des prestations – **Mme Valérie KREMSKI-FREY**, Directrice Général Adjointe à la Direction des Solidarités - **Mme Marie-Adélaïde MOREL**, Directrice MDPH - **Mme Bernadette SERODES**, Chef de service de l'instruction - **Mme Séverine TEBANI**, Intérim Chef de service de l'évaluation.

ARS :

**Mme Anne MARON-SIMONET**, Responsable de la Délégation Territoriale.

MSA :

**M. Christophe BOULANGER**, Responsable de l'action sanitaire et sociale.

SAAD :

Fédération ADMR de Lozère- **M. Claude FOURNIER**, Directeur.

Présence Rurale 48- **Mme Nicole SEDDICK**, Directrice.

## **Entretiens réalisés dans le Département du Maine-et-Loire**

Elus et Services du Département :

**M. Philippe ALLAGNAT**, Comptable - Service Paiement, Recouvrement, Appui informatique - **M. Morad BENBADRA**, Responsable du Service Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux (DA-DASA) - **Mme Roselyne BINET GOURMELON**, Adjoint au Responsable du Service Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux - **M. Franck BIDEF**,

Directeur de l'Autonomie - **M. Jean-Luc BORDENAVE**, Directeur général Adjoint chargé du Développement social et de la solidarité – **Mme Catherine BOSSE**, Directrice MDPH - **M. Laurent CHARTIER**, Responsable du Service Paiement, Recouvrement, Appui informatique - **Mme Béatrice CHERBONNIER**, Comptable référent - Service Paiement, Recouvrement, Appui informatique – **M. Gérard DELAUNAY**, Vice-président chargé du Développement social et de la solidarité - **M. Frédéric DOUSSIN**, Directeur Adjoint Soutien à l'Autonomie - **M. Yannick L'HERMITTE**, Responsable du Pôle Médical et Social - **Mme Jocelyne SEJOURNE CAVELIUS**, Adjoint au Responsable du Service Prestations - **M. Jean-Charles VIOLET**, Responsable du Pôle Réglementation, Récupération, Contentieux (DA) - **Mme Marie-Andrée YARHFOURI**, Responsable du Service Prestations.

ARS:

**Mme Maritxu BLANZACO**, Responsable du Département de l'Accompagnement médico-social – **Mme Patricia SALOMON**, Responsable du Département de l'Accompagnement médico-social.

CARSAT:

**Mme Valérie HAUVILLE**, Responsable du service action sociale retraite.

CLIC:

**Mme Caroline HOUSSIN-SALVETAS**, Présidente du CLIC Aînés Outre-Maine – **Mme Laure DUCHESNE**, Coordinatrice.

MAIA – PAERPA:

**Mme Chantal APPARILLY**, Directrice du CLIC IGAS - **M. Yves CLEDAT**, Directeur du CLIC Cholet - **Mme Julie MAROT**, Gestionnaire de cas, MAIA SUD 49.

MSA:

**Mme Mireille DESLANDES**, adjointe responsable action sociale – **Mme Marie-Odile LEROUX**, responsable action sociale.

SAAD:

CIAS du Choletais - **Mme Marie-Paule BARDY**, Référente fédérale Personnes Agées – **Mme Emmanuelle BEAUMONT**, responsable de service « Aide aux Personnes en situation de handicap » et « Aide à la Famille » - **M. Louis DUVEAU**, Référent fédéral Personnes en situation de handicap – **Mme Christelle LABAT**, Chef de service ADOMI FACIL ADMR - **Mme Valérie VITRAI**, responsable de service « Aide aux Personnes Agées ».

Service social de l'hôpital:

**Mme Martine MALGRAS**, Responsable du service social CHU Angers

## **Entretiens réalisés dans le département de l'Oise**

Elus et Services du Département:

**Mme Dahlia BARBOUX**, Responsable autonomie - **M. Samyr BOUFADINE**,

Responsable du contrôle et du développement des établissements PA/PH - **Mme Marlène BOUTIN**, Directrice adjointe de l'Autonomie des Personnes - **Mme Danièle CARLIER**, Médecin - **Mme Kathy CHAPELAIN**, Responsable de l'observatoire - **Mme Catherine COLLET**, Responsable du Pôle Instruction - **Mme DEFAUX**, Conseillère technique auprès du Président en charge des politiques sociales - **Mme Christine DESMAREST**, Directrice de l'Autonomie des Personnes - **M. Jean-Paul DOUET**, Vice-président chargé de l'action culturelle et de l'autonomie des personnes - **Mme Isabelle DUPONT**, Gestionnaire de dossiers - **Mme DUPUIS-VERBEKE**, Directrice générale adjointe du Pôle Solidarité - **Mme Anne-Catherine ENGELHARD**, Directrice adjointe - **Mme Céline JAN**, Ergothérapeute - **Mme Delphine JAULHAC**, Responsable autonomie - **M. Jérémy LEFEBVRE**, Chargé de développement maintien à domicile - **Mme Marie-Christine MAGNIER**, Médecin départemental - **Mme Christine NORTIER**, Gestionnaire de dossiers - **Mme Catherine PAVY**, Evaluatrice - **Mme Catherine PICARD**, Infirmière coordinatrice - **Mme Aurore VILLARS**, Chef du bureau des Prestations et services - **Mme Eléonore YON**, Chef du service Actions pour l'autonomie.

ARS :

**Mme Martine LAUBERT**, Responsable du service Handicap et Dépendance.

CARSAT :

**Mme Véronique DELAMARRE**, Cadre social responsable adjoint de département.

DIRECCTE :

**Mme Franciane QUIGNON**, Responsable de l'Unité territoriale de l'Oise.

SAAD :

ANAD - **M. Sébastien GRARE**, Directeur

Aide à Domicile du Pays de Senlis - **M. Pierre PARENT**, Directeur -

**Mme PIGNON**, Responsable de secteur.

Service social de l'hôpital :

**Mme Pascale KEUSCH**, Responsable du service social - **Mme Stéphanie MORIN**, assistante sociale - **Mme Laurence NOUVEAU**, assistante sociale.

## **Entretiens réalisés dans le département du Pas-de-Calais**

Elus et Services du Département :

**Mme Anne-Sophie BLONDEAU** comptabilité aide sociale - **Mme Ludivine BOULENGER**, Chef du Service Local de Promotion de la Santé - **M. Cyril CARBONNEL**, Chef de service de la Qualité et des Financements - **M. Jean-Pierre CORBISEZ**, Vice-président en charge des handicapés, des institutions liées aux handicapés et de la MDPH - **M. François-Xavier DEBRABANT**, Directeur adjoint MDPH - **Mme Isabelle DELBARRE** contrôle effectivité - **Mme Cathy De SADELEER**, Responsable Pôle Relations avec les usagers

MDPH - **Mme Marie-Claude GALLET** contrôleur aide sociale - **M. Luc GINDREY**, Directeur de l'Autonomie et de la Santé - **M. Roland GIRAUD**, Directeur général adjoint des Solidarités - **Mme Lucienne GOSSET**, Chef de service de l'Aide sociale - **Mme Pascale HENNEBELLE**, Chef de la mission d'appui Budget et statistiques - **M. Philippe MARIEN**, Médecin MDS Ternois - **Mme Virginie PIEKARSKI**, Chef de service du Développement Territorial - **M. Dominique POTIER**, Chef du bureau financements tarification - **Mme Marie-Paule LEDENT**, Vice-président de la Commission des Politiques sociales et familiales, de la santé et de l'Insertion sociale - **M. Hubert VICTOR**, contrôle effectivité - **M. Dominique WATRIN**, Vice-président en charge des Personnes âgées

ARS:

**Mme Hélène TOUSSAINT**, Responsable Département planification à la Direction médico-sociale

CARSAT:

**Mme CAULIEZ**, Sous-directeur Service social - **Mme Fabienne RIGAUT**, Responsable Département action sociale

CLIC:

CLIC de Lens – **Mme Gaëlle GRIBOVAL**, coordinatrice administrative - **M. Jean-Pierre LHOMME**, Président plateforme gérontologique

MAIA:

**Mme Jocelyne VANQUATEM**, Pilote MAIA

MSA:

**M. Eric AERNOUDTS**, Sous-directeur – **Mme Odile URBAN**, Responsable action sanitaire sociale

SAAD:

AIDARTOIS – **Mme Sylvie NOCLERCQ**, Directrice

CISFPA de Noyelles-les-Vermeilles – **M. Fabrice DEMANY**, Directeur – **M. Nicolas D'HOUNDT**, directeur adjoint – **Mme Elodie LEFEBVRE**, cadre de secteur

Service social de l'hôpital:

CH ARRAS - **Mme BOUCHEBITA**, cadre socio-éducative - **Mme DEMESSE**, Assistante sociale - **Mme DERUDDRE**, Directrice-adjointe et **Mme JACQUET**, Assistante sociale.

## **Entretiens réalisés dans le département du Rhône**

Elus et Services du Département:

**Mme Nicole BERLIERE-MERLIN**, Directrice Générale Adjointe chargée du pôle personnes âgées-personnes handicapées – **Mme Marie-Pierre CALMON**, Conseillère spécialisée - Domaine PA/PH - **Mme Emilie CHAZELLE**, Adjointe au Chef de service Développement et accompagnement des établissements –

**Dr Frédérique CHOVET**, adjointe à la directrice à la mission Coordination Médico-sociale - **Mme Ariane DEBAY**, Responsable Dispositif d'Aide à la Personne (RDAP) - **Mme Louise DE BEAULIEU**, Responsable des prestations, MDPH du Rhône - **Mme Marie-Pierre GRANGE**, Conseillère spécialisée - domaine social - **M. Paul LAFFLY**, Conseiller départemental et Vice-président délégué chargé des services à la personne - **M. Christophe LIAUTHAUD**, RDAP St Genis-Laval et Sainte Foye - **Mme Françoise PENET**, Directrice Maison du Rhône Sainte-Foye - **Mme Audrey PEYRE DE FABREGUES**, Adjointe/Chef de service des aides départementales à la personne - **Mme Marie-Christine VEYRIAC**, Chef de service Modernisation de l'Aide à Domicile

ARS:

**Mme Frédérique CHAVAGNEU**, Responsable du Pôle animation territoriale Rhône: Handicap - **Mme Muriel LEJEUNE**, Directrice Handicap et Grand Age - **Dr Michel VERMOREL**, directeur adjoint.

CARSAT:

**M. Yves CORVAISIER**, Directeur Général - **Mme Sylvie SALAVERT**, Sous-Directrice de l'Action sociale.

MAIA:

**Mme Laurence CASELLI**, Pilote Lyon Centre-Est - **M. Hervé LAUFER**, Pilote Lyon Centre-Ouest.

MSA:

**Mme Isabelle SECK**, Sous-directrice développement social et institutionnel.

SAAD:

Fédération ADMR du Rhône - **M. Christophe DRESSY**, Directeur.

« MAIN TENIR » - **Mme GUILLEMETTE-FAYET**, Directrice, Lyon 7.

Service social de l'hôpital:

Hôpital gériatrique Pierre Garraud - **Mme Marie-Hélène MICHEL**, Cadre Supérieur Socio-éducatif - **Mme Elodie VIGNE**, assistante sociale.

## **Entretiens réalisés dans le département du Var**

Elus et Services du Département:

**Mme Maryse ARGY**, Direction des solidarités - **M. Michel AUBERT**, Directeur de cabinet - **Mme Caroline DEPALENS**, Présidente Commission solidarité - **M. Jean-Paul FAURE**, Directeur MDPH - **Mme Isabelle GAZZERA**, Responsable UTS Provence Vert - **M. Frédéric GASTOU**, Service Evaluation et Prestations d'Autonomie - **Mme Géraldine GERFAUD**, Service territorialisé d'accompagnement et de coordination gérontologique - **M. HAYERE**, accompagnement et aide à la personne - **Mme Valérie KAPP**, Assistante sociale - **Mme Laurence LANATA**, Directrice adjointe autonomie - **Mme Catherine NIRONI**, Déléguée générale aux solidarités - **Mme Nathalie PATISSOU**,

Déléguée générale adjointe aux solidarités - **Mme Sophie SARANO**, Directrice autonomie

ARS:

**Mme Mireille BORIE**, responsable de l'offre médico-sociale PA/PH à la DTARS  
- **Mme Béatrice PASQUET**, Déléguée territoriale

CARSAT:

**Mme Françoise LAFFET**, adjointe technique du directeur - **M. Jean-Louis THIERRY**, Directeur général

CLIC:

Clic de Toulon - **M. Eric GUILAS**, Directeur

MAIA:

**Mme Christine DUFFAUD**, Pilote MAIA

Service social de l'hôpital:

Hôpital Sainte Musse - **M. Bertrand PAVILLON**, cadre socio-éducatif

Hôpital Beauséjour - **M. Guy SEVOZ**, Directeur

SAAD:

SOLIDOM - **M. Przemyslaw KUCHARSKI**, Directeur

### **Départements et institutions ayant participé aux visites sur site**

Conseil Départemental de l'Isère; Conseil Départemental de la Loire Atlantique;  
Conseil Départemental du Nord; Conseil Départemental de l'Oise; Conseil  
Départemental de la Sarthe; Conseil Départemental de la Somme; Conseil  
Départemental de l'Essonne; la CNSA; la DGCS et l'UNA.

## **Annexe III :**

### **Composition de la commission autonomie**

**(au 1<sup>er</sup> janvier 2014)**

#### **Collectivités**

Conseil Départemental de l'Ardèche: **M. Clement BRUCHON**, chargé de mission maintien à domicile

Conseil Départemental de l'Ardèche: **Mme Géraldine MALATIER**, Directrice autonomie

Conseil Départemental de l'Aube: **Dr. Laurent MARIE**, Directeur Personnes âgées/Personnes handicapées

Conseil Départemental des Bouches-du-Rhône: **M. Jehan-Noël FILATRIAU**, DGA

Conseil départemental des Bouches-du-Rhône: **Mme Evelyne LEROY**, chargée de mission, Directrion Personnes âgées/Personnes handicapées

Conseil Départemental du Cher: **Mme Marie-Claude AUBERTIN**, Directrice action et coordination gérontologique

MDPH de la Corrèze: **Mme Marie-Anne SERANDON**, Chef de projet autonomie

Conseil Départemental des Côtes-d'Armor: **Mme Catherine GALLARDON**, Directrice du Pilotage des Objectifs et des Moyens Médico-Sociaux

Conseil Départemental des Côtes-d'Armor: **M. Daniel MACE**, DGA

Conseil Départemental des Côtes-d'Armor: **Mme. Alexandra LEON**, Chef de service accompagnement à domicile

Conseil Départemental du Doubs: **Mme Firdos CIP**, Directrice adjointe

Conseil Départemental du Doubs: **Mme Odile DELEVOYE**, Directrice autonomie

Conseil Départemental du Doubs: **M. Etienne PETITMENGIN**, DGA

Conseil Départemental de l'Eure-et-Loir: **M. Sébastien MARTIN**, Chef de service Aides aux seniors et personnes handicapées

Conseil Départemental de l'Isère: **M. Eric RUMEAU**, Directeur autonomie

Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle: **Mme Marie-Annick HELFER**, Directrice Personnes âgées/Personnes handicapées

Conseil Départemental du Nord: **Mme Christine BLONDEL**, Directrice Personnes âgées/Personnes handicapées

Conseil Départemental du Nord: **M. Arnaud LOPEZ**, responsable du pôle développement, direction autonomie

Conseil Départemental de l'Oise: **Mme Marlène BOUTIN**, Directrice adjointe Personnes âgées/Personnes handicapées

Conseil Départemental de l'Oise: **Christine DESMAREST**, Directrice autonomie

Conseil Départemental du Pas-de-Calais: **M. Luc GINDREY**, Directeur de l'autonomie et de la santé

MDPH du Haut-Rhin: **M. Christian FISCHER**, Directeur

Conseil Départemental de Saône-et-Loire: **Mme Josette JUILLARD**, Directrice Personnes âgées/Personnes handicapées

Conseil Départemental de la Sarthe: **Mme Gisèle CONTRAIN ETRAYEN**, Chef de service prestations et aide sociale

Conseil Départemental de la Sarthe: **Mme Isabelle GRONDIN**, Chef de service établissement

Conseil Départemental de Paris: **Mme Maud CAPET**, chargée schéma gerontologique

Conseil Départemental de Paris: **Mme Marie-Paule DEBRAY**, Responsable des Clics

Conseil Départemental de Seine-Maritime: **Mme Sylvie LEBLOND**, direction autonomie

Conseil Départemental de Seine-et-Marne: **M. Pascal BOIRIN**, Directeur Personnes âgées/Personnes handicapées

Conseil Départemental de Seine-et-Marne: **Mme Françoise RAYMOND**, Directrice adjointe

Conseil Départemental des Yvelines: **Mme Marianne VIDAL DE LA BLACHE**, Responsable du service de vie sociale à domicile

Conseil Départemental des Deux-Sèvres: **Mme Martine MUNOZ**, Responsable coordination gerontologique

Conseil Départemental de la Vienne: **Mme Marion ANDRAULT DAVID**, Directrice handicap/vieillesse

Conseil Départemental de l'Yonne: **Mme Joëlle LACOURT**, Responsable aide à domicile

Conseil Départemental de l'Yonne: **Mme Carole MARTINET**, Chef de service autonomie

Conseil Départemental de l'Yonne: **Mme Anne-Laure MOSER**, Sous directrice handicap/dépendance

Conseil Départemental de l'Essonne: **Mme Guilaine LETERME AUZANNEAU**, Responsable administrative Personnes âgées/Personnes handicapées

## **Institutions**

CNSA: **M. Louis Xavier COLAS**, Chargé d'études pour le développement de l'aide à domicile

CNSA: **M. Etienne DEGUELLE**, Directeur adjoint de la compensation

CNSA: **Mme Roselyne MASSON**, Responsable pôle partenariat institutionnel

CNSA: **Mme Sylvie MERVILLE**, Médecin – Direction de la compensation et de l'autonomie

CNSA: **Mme Bernadette MOREAU**, Directrice de la compensation et de l'autonomie  
DGCS: **Mme Marion CHAPUS**, chargée de mission PCH  
DGCS: **M. Rémi DUFLOS**, Chargé de mission  
DGCS: **Mme Caroline LEFEBVRE**, Ajointe au Chef du bureau droits et aide à compensation  
CCMSA: **M. Franck DARTY**, Adjoint au responsable du département développement social et services aux personnes  
CNAV: **M. Alain ROZENKIER**, Directeur adjoint des Recherches  
CNAV: **M. Philippe SCHOFFTER**, Chargé de Mission

### **Associations**

ADESSA A DOMICILE: **M. Didier DUPLAN**, Directeur général adjoint  
ANCLIC: **Mme Yvelise ABECASSIS**, Présidente  
ANCLIC: **Mme Veronique BOUDIER**, Administratrice  
ANCLIC: **M. Pascal POUSSE**, Vice président  
EDENRED: **M. Cédric LELOUP**, Chef des ventes grands comptes  
FEHAP: **Mme Florence LEDUC**, Directrice de la vie associative et de la formation  
FNAAFP: **M. Guy FONTAINE**, Secrétaire général  
FNG: **Mme Hélène TROUVE**, Ingénieur de recherche  
UNA: **M. Yves VEROLLET**, Délégué général  
UNA: **M. Rémi MANGIN**, Chargé de Mission  
UNADMR: **M. Jérôme COMINGES**, Responsable département gestion  
UNADMR: **Mme Marie PORTAL**, Chargée de développement

## **Annexe IV : principaux sigles et abréviations utilisés dans le rapport**

**ACTP** : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne  
**ADF** : Assemblée des Départements de France  
**ADMR** : Aide à Domicile en Milieu Rural  
**AGGIR** : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources  
**APA** : Allocation Personnalisée d'Autonomie  
**ARDH** : Aide au Retour à Domicile après Hospitalisation  
**ARS** : Agence Régionale de Santé  
**ASPA** : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées  
**CAF** : Caisse d'Allocations Familiales  
**CARSAT** : Caisse Assurance Retraite et Santé Au Travail  
**CASF** : Code de l'Action Sociale et des Familles  
**CCAS** : Centre Communal d'Action Sociale  
**CCMSA** : Caisse Centrale Mutualité Sociale Agricole  
**CDAPH** : Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées  
**CESU** : Chèque Emploi Service Universel  
**CLIC** : Centres Locaux d'Information et de Coordination  
**CNAM** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie  
**CNAV** : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse  
**CNSA** : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie  
**CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
**CPOM** : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens  
**CSG** : Contribution Sociale Généralisée  
**DIRRECTE** : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi  
**DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques  
**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
**EMP** : Externat Médico-Pédagogique  
**EPCI** : Etablissement Public de Coopération Intercommunale  
**GEVA** : Guide d'Evaluation des besoins de compensation des personnes handicapées  
**GEVA-A** : Guide d'Evaluation des besoins de compensation. Version aînés  
**GIR** : Groupes Iso-Ressources  
**GMP** : Garantie Minimale de Points

**HAD** : Hospitalisation A Domicile  
**HCAAM** : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie  
**IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales  
**IGF** : Inspection Générale des Finances  
**Itep** : Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques  
**MAIA** : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer.  
Cette terminologie est en cours d'évolution pour devenir : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie.  
**MARPA** : Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées  
**MDA** : Maison Départementale de l'Autonomie  
**MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
**MDS** : Maisons Départementales des Solidarités  
**MTP** : Majoration pour Tierce Personne  
**ODAS** : Observatoire national de l'Action Sociale Décentralisée  
**PAERPA** : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie  
**PCH** : Prestation de Compensation du Handicap  
**PSD** : Prestation Spécifique Dépendance  
**RAP** : Relais pour l'Autonomie des Personnes  
**RSI** : Régime Social des Indépendants  
**SAAD** : Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile  
**SAMSAH** : Service d'Accompagnement Médico Social pour Adultes Handicapés  
**SAVS** : Services d'Accompagnement à la Vie Sociale  
**SESSAD** : Services d'Education et de Soins Spécialisés A Domicile  
**SESVAD** : Service Spécialisé pour la Vie Autonome à Domicile  
**SPASAD** : Services Polyvalents d'Aides et de Soins A Domicile  
**SROMS** : Schéma Régional d'Organisation Médico Sociale  
**SSIAD** : Services de Soins Infirmiers à Domicile  
**SSIG** : Services Sociaux d'Intérêt Général  
**SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation  
**Urssaf** : Unions de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

# **Service des allocations de soutien à l'autonomie Où en est-on ?**

Ces vingt dernières années, l'évolution des besoins des personnes âgées a conduit à une transformation profonde des politiques sociales à leur égard. Auparavant orientées vers l'assistance aux personnes en situation de pauvreté, les politiques de soutien aux personnes âgées sont aujourd'hui principalement axées sur la dépendance. Or cette mutation remet en question la séparation traditionnelle entre les politiques de soutien aux personnes âgées et les politiques de soutien aux personnes handicapées, et interroge la pertinence du maintien de la barrière des âges comme critère de détermination du droit. Aussi, la loi 2005-102 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées s'orientait-elle vers la convergence des modes de compensation du handicap et la suppression des critères d'âge. Néanmoins, dix ans après la loi, le principe de convergence peine à se concrétiser dans les dispositifs d'aide en raison des divergences profondes entre la conception qui a prévalu lors de la construction des politiques de soutien aux personnes en situation de handicap et celle qui fonde le soutien à l'autonomie des personnes âgées. Ce constat se vérifie tout particulièrement pour l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), deux aides financières dont les finalités et les publics demeurent distincts.

Conduite, de septembre 2012 à décembre 2014, par l'Observatoire national De l'Action Sociale (Odas) avec le soutien de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), cette étude consacrée à la mise en œuvre par les départements des allocations APA et PCH à domicile a permis de mesurer les effets des divergences constatées entre les deux allocations. Elle a également permis de relever les efforts engagés par les Départements pour améliorer l'efficacité, l'équité et la diversité des réponses apportées aux personnes en perte d'autonomie et à leurs proches, dans un souci de clarification des dispositifs et des relations entre les différents acteurs.

N° ISSN 1265-7476

Éditions ODAS