



Inspection générale  
des affaires sociales  
RM2009-024P

# La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie. Synthèse des contrôles de la mise en oeuvre de l'APA réalisés dans plusieurs départements

**RAPPORT DEFINITIF**

Établi par

Annie FOUQUET

Michel LAROQUE

Cédric PUYDEBOIS

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Juillet 2009 -

## Synthèse

Le présent rapport sur la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) s'inscrit dans le cadre du programme annuel de travail de l'IGAS. Il a été établi par Mme Annie Fouquet et MM. Michel Laroque et Cédric Puydebois, membres de l'Inspection générale des affaires sociales, avec le concours ponctuel du Dr Michel Vernerey, à partir des contrôles menés sur la gestion de l'APA dans les départements de l'Ain, des Bouches-du-Rhône, d'Eure-et-Loir et de Haute-Corse, précédés d'un déplacement dans le Val-de-Marne.

L'APA a été instituée par la loi du 20 juillet 2001 pour se substituer à la prestation spécifique dépendance. Toute personne âgée, résidant en France, qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental, a droit à une allocation permettant une prise en charge adaptée à ses besoins. Cette allocation, définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes, qui, nonobstant les « soins de santé » qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de leur vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.

Au 31 décembre 2007, l'APA est versée à 1 078 000 bénéficiaires. Elle revêt deux formes, gérées par le conseil général du département : l'APA à domicile pour un montant national moyen de 411 euros (61% des bénéficiaires), l'APA en établissement pour un montant moyen de 288 euros (39%). Les dépenses d'APA en 2007 se sont élevées à 4,55 Md € en 2007, dont 3 Md € financés par les départements et 1,5 Md € par le fonds géré par la CNSA.

Le rapport développe un constat en six points, assortis pour chacun des recommandations de la mission :

- Il déplore les délais d'attribution de la prestation, générés par les textes et les pratiques. Deux des départements respectent en moyenne le délai réglementaire de deux mois, dont un en s'éloignant fortement des textes, mais les trois autres le dépassent largement (de quatre à cinq mois d'instruction). Le rapport recommande la révision des textes relatifs aux délais procéduraux intermédiaires et la transformation de la commission de proposition d'APA en commission d'orientation et de surveillance, afin de permettre le respect du délai de deux mois pour l'ouverture des droits.
- Il analyse l'organisation hétérogène des processus d'instruction et de décision : des choix différents ont été faits par les conseils généraux, sans que s'impose un modèle idéal. L'organisation peut être déconcentrée comme dans l'Ain ou plus ou moins concentrée comme dans les autres départements examinés. Les services sont plus ou moins cloisonnés ; la présence d'une véritable équipe pluridisciplinaire pour l'examen des cas délicats est variable et mériterait d'être généralisée ; la commission de proposition ne se révèle pas une formule opérationnelle alors que la commission de conciliation pourrait voir son rôle renforcé. Un contrôle annuel des ressources, si possible avec une liaison dématérialisée avec les services fiscaux, est à organiser. L'information des maires est à rendre efficiente. Les relations entre caisses de retraite et conseils généraux doivent être remises au point pour assurer une évaluation adaptée et une continuité des paiements, sans risque de doublons.
- Le caractère pluridisciplinaire de l'évaluation médico-sociale est inégal. Dans trois des départements, prédomine pour déterminer le niveau de dépendance l'évaluation par un médecin, alors que l'évaluation par un travailleur social est davantage orientée vers l'élaboration du plan d'aide. Dans les deux autres, un équilibre a été recherché entre l'« évaluation sociale » et l'« évaluation médicale ». Partout, une évaluation médicale est faite par le médecin du demandeur qui remplit un certificat médical détaillé, permettant d'estimer un premier niveau de dépendance. Dans plusieurs départements contrôlés, si le certificat débouche sur un niveau de dépendance n'ouvrant pas droit à l'APA, il n'y a pas en principe de

visite à domicile, sauf recours du demandeur. La composition des équipes de visite à domicile comprend des compétences diverses et variables d'un endroit à l'autre : assistants sociaux, conseillers en économie sociale et familiale, éducateurs ; plus rarement, infirmiers, agents administratifs. Le partage de l'information est ne fait que rarement l'objet de réflexion préalable afin de concilier les exigences de respect du secret professionnel et de qualité de l'évaluation médico-sociale, si bien qu'une clarification législative pour favoriser un exercice partagé du secret professionnel au sein des équipes médico-sociales pourrait être envisagée. L'effort de formation est souvent insuffisant. Les notifications de plan d'aide sont essentiellement en heures d'aide à domicile ou en montant, sans être généralement assorties de préconisations vers les structures d'aide à domicile, ni d'un suivi adapté par un référent. Des améliorations seraient à apporter sur ces divers points.

- La gestion financière reste traditionnelle, même si des mécanismes de télétransmission commencent à apparaître, tout en restant imparfaits. Une distinction plus claire des dépenses et des atténuations de dépenses d'APA réglementaires et extraréglementaires reste souvent à mettre au point. Le versement d'une APA forfaitaire en cas de dépassement du délai de deux mois n'est guère mis en œuvre. Le tiers payant gagnerait à être généralisé pour faciliter la gestion tant des personnes dépendantes que des conseils généraux, ce qui implique une adaptation des textes. Il n'existe pas d'information annuelle des personnes dépendantes sur le montant de l'APA versée par le Conseil général, ce qui serait indispensable pour leur permettre de remplir correctement leur déclaration fiscale et devrait être doublée de liens dématérialisés entre les conseils généraux et les services fiscaux. La télégestion pour les structures d'aide à domicile et le recours aux CESU pour l'emploi direct, s'ils sont bien organisés, sont de nature à permettre un contrôle de l'effectivité et à générer des économies non négligeables pour la puissance publique.
- Le rôle de régulation des pouvoirs publics, en particulier sur le secteur des services d'aide à domicile mériterait d'être réexaminé et renforcé. La réglementation sur les conditions d'exercice de ces services, en particulier la tarification demeure complexe (dualité des procédures autorisation et agrément ; variété des modes de tarifications pratiqués). Elle génère une opacité qui peut s'avérer préjudiciable à tous, et singulièrement aux bénéficiaires de l'APA. En pratique, des restrictions à une concurrence loyale entre prestataires demeurent sans qu'une réflexion globale ait été toujours entreprise sur leur justification au nom de l'intérêt général. Le renforcement de la qualité des services d'aide à domicile est d'ailleurs un objectif sur lequel peu de conseils généraux s'investissent concrètement, y compris sous l'angle traditionnel du contrôle.
- Le pilotage de la gestion de l'APA, tant au niveau du conseil général qu'au niveau national, gagnerait à être renforcé. Les systèmes d'information, tant sur le plan informatique que statistique, ont souvent besoin d'être améliorés. Les données pourront alors être davantage exploitées tant pour la gestion au niveau local que pour le suivi et l'analyse globale au niveau national. Au moins une journée annuelle réunissant les services des conseils généraux et les services nationaux concernés sur les bonnes pratiques de gestion de l'APA serait à organiser.

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

Une liste des principales recommandations est jointe au rapport ainsi notamment qu'une annexe sur les principales suggestions de modification des textes.

# Sommaire

<b>SYNTHESE.....</b>	<b>3</b>
<b>LA GESTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE .....</b>	<b>9</b>
1. ELEMENTS D'ANALYSE TRANSVERSAUX .....	12
1.1. <i>L'approche de la personne âgée dépendante à travers l'APA</i> .....	12
1.2. <i>Des textes et pratiques générateurs de délais qui méritent d'être révisés</i> .....	13
1.2.1. Des textes générateurs de délais .....	13
1.2.2. Des textes à adapter .....	15
1.2.3. Des pratiques à améliorer .....	15
2. L'ORGANISATION DU PROCESSUS D'INSTRUCTION ET DE DECISION .....	17
2.1. <i>Une organisation générale plus ou moins centralisée</i> .....	17
2.2. <i>Une organisation de l'instruction plus ou moins cloisonnée et variable dans son exercice</i> .....	17
2.2.1. Des circuits variables .....	17
2.2.2. Des métiers divers .....	18
2.3. <i>Une instruction administrative plus ou moins exigeante</i> .....	18
2.3.1. Des documents exigés et exigibles .....	18
2.3.2. Une durée d'attribution non modulée en fonction du besoin .....	19
2.3.3. La majoration de 10% .....	19
2.3.4. Le respect des dates d'ouverture des droits .....	20
2.3.5. L'information des maires .....	20
2.3.6. Les relations entre l'APA, l'aide à domicile des caisses de retraite, l'aide sociale pour les personnes âgées à domicile .....	21
2.4. <i>Une procédure de décision à rénover</i> .....	22
3. L'EVALUATION MEDICO-SOCIALE .....	24
3.1. <i>Renforcer la fiabilité des évaluations du niveau de dépendance (classement par groupes iso-ressources, dits GIR)</i> .....	24
3.1.1. La composition et l'organisation de l'équipe médico-sociale .....	24
3.1.2. Un besoin d'outils et d'échanges extérieurs .....	25
3.2. <i>Clarifier la place du médecin de ville dans le processus d'évaluation des demandeurs et bénéficiaires d'APA</i> .....	27
3.2.1. Des modalités d'intervention médicales variables .....	27
3.2.2. Les conséquences pour la qualité de l'évaluation du niveau de dépendance .....	28
3.2.3. L'utilisation du certificat médical .....	29
3.3. <i>Préciser les plans d'aide à domicile</i> .....	31
3.3.1. La méthode d'élaboration .....	31
3.3.2. Le cas particulier des aides techniques ponctuelles, aménagement du logement, accueil de jour, matériel à usage unique .....	32
4. LA GESTION FINANCIERE .....	35
4.1. <i>Veiller à une correcte imputation des dépenses</i> .....	35
4.1.1. Les différentes formes de l'«APA extraréglementaire» .....	35
4.1.2. Le problème de l'APA forfaitaire, en cas de non respect des délais d'instruction .....	36
4.2. <i>Adapter les procédures de mandatement et de versement</i> .....	36

4.2.1. Des délais de mandatement spécifiques peu respectés dans l'ensemble dans le cadre d'une « procédure papier » avec la paierie .....	36
4.2.2. Un public particulier, les personnes âgées, qui nécessite des modalités particulières de versement .....	37
4.3. <i>Optimiser le contrôle de l'utilisation des dépenses</i> .....	38
4.3.1. Les choix d'organisation .....	38
4.3.2. Le contrôle des structures prestataires et mandataires .....	40
5. LA REGULATION ET LA TARIFICATION DES SERVICES D'AIDE A DOMICILE ET DES EHPAD.....	41
5.1. <i>Une double complexité</i> .....	41
5.1.1. La dualité de procédures : autorisation ou agrément .....	41
5.1.2. Une variété des modes de tarification.....	42
5.2. <i>Un processus de tarification long et qui ne s'appuie pas encore sur des références partagées pour éclairer les choix des conseils généraux</i> .....	44
5.2.1. Des arrêtés de tarification rarement produits au 1 <sup>er</sup> janvier de l'année.....	44
5.2.2. Des indicateurs d'activité et de performance encore en construction.....	45
5.3. <i>L'impact de la concurrence sur un secteur en transformation</i> .....	46
5.3.1. Un accès au marché limité.....	46
5.3.2. Une information peu transparente .....	47
5.4. <i>L'APA en établissement</i> .....	48
5.4.1. L'évaluation du niveau de dépendance des bénéficiaires .....	48
5.4.2. Le contrôle du groupe iso-ressources moyen pondéré des établissements .....	48
5.4.3. La tarification et la dotation globale.....	48
6. LE PILOTAGE ET LES SYSTEMES D'INFORMATION.....	50
6.1. <i>Pilotage local et systèmes d'information</i> .....	50
6.1.1. Le contrôle de gestion : les tableaux de bord et indicateurs de suivi.....	50
6.1.2. Le suivi de l'instruction : un usage très différencié des progiciels.....	50
6.1.3. Les liens avec la comptabilité et le mandatement, et le contrôle d'effectivité .....	51
6.1.4. Relations avec le service public local.....	52
6.2. <i>Le pilotage national et les statistiques nationales</i> .....	52
6.2.1. Quatre vecteurs de « remontées statistiques » .....	53
6.2.2. Des données sur les bénéficiaires déclarées selon des concepts flottants.....	53
6.2.3. Des vérifications de cohérence seraient nécessaires.....	56
6.3. <i>L'animation de réseau</i> .....	56
CONCLUSION.....	57
<b>PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....</b>	<b>59</b>
<b>LISTE DES PERSONNES RENCONTREES .....</b>	<b>65</b>
<b>ANNEXE 1 : PRINCIPALES MODIFICATIONS DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES SUGGEREES.....</b>	<b>73</b>
<b>ANNEXE 2 : SYNTHESE DES ENQUETES DE SITES.....</b>	<b>77</b>
<b>ANNEXE 3 : EXEMPLE D'ECARTS DE RESULTATS ANNUELS DE CLASSEMENT PAR GIR PAR EVALUATEURS.....</b>	<b>85</b>
<b>SIGLES UTILISES .....</b>	<b>87</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>89</b>

---

<b>PIECES JOINTES .....</b>	<b>91</b>
<b>PIECE JOINTE 1 : FORMULAIRE CNSA .....</b>	<b>93</b>
<b>PIECE JOINTE 2 : EXTRAIT DU QUESTIONNAIRE ANNUEL DE LA DREES SUR LES BENEFICIAIRES : PARTIE PERSONNES AGEES.....</b>	<b>95</b>
<b>PIECES JOINTES 3 : EXTRAIT DU QUESTIONNAIRE DREES SUR LES DEPENSES D'AIDE SOCIALE : PARTIE AIDE AUX PERSONNES AGEES .....</b>	<b>105</b>
<b>OBSERVATIONS DE LA DGAS .....</b>	<b>107</b>
<b>REPNSES DE LA MISSION AUX OBSERVATIONS DE LA DGAS .....</b>	<b>117</b>
<b>OBSERVATIONS DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE « CNSA » .....</b>	<b>121</b>

# La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie

## INTRODUCTION

- [1] Dans le cadre du programme annuel de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) pour 2008, une mission a été chargée d'examiner la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) par des contrôles dans plusieurs départements français et une évaluation de l'action menée. Des rapports de site ont été établis pour les quatre départements contrôlés : Ain, Bouches-du-Rhône, Eure-et-Loir, Haute-Corse, un déplacement dans le Val-de-Marne ayant par ailleurs précédé ces contrôles. Le présent rapport, établi par Mme Annie FOUQUET et MM Michel LAROQUE et Cédric PUYDEBOIS, consolide les constats et dégage des recommandations permettant d'améliorer le dispositif et sa gestion.
- [2] L'APA a été instituée par la loi du 20 juillet 2001 pour contribuer à la prise en charge financière de la perte d'autonomie des personnes âgées, se substituant en cela à la prestation spécifique dépendance auparavant existante. L'APA est entrée en vigueur le 1er janvier 2002 : « *Toute personne âgée, résidant en France, qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental, a droit à une allocation permettant une prise en charge adaptée à ses besoins.* » Cette allocation, définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est donc destinée aux personnes, qui, nonobstant les « soins de santé » qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière (article L 232-1 du code de l'action sociale et des familles, issu de la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001).
- [3] Elle compte, au 31 décembre 2007, 1 078 000 bénéficiaires. Elle revêt deux formes, gérées par le Conseil général du département : l'APA à domicile pour un montant moyen de 411 euros (61% des bénéficiaires), l'APA en établissement pour un montant moyen de 288 euros (39%)<sup>1</sup>.
- [4] Les dépenses d'APA en 2007 se sont élevées à 4,55 Md € en 2007, dont 3 Md € financés par les départements et 1,5 Md € par le fonds géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)<sup>2</sup>. Les dépenses d'APA représentent environ 10% du budget des départements.

### *Une allocation dont la gestion est confiée aux départements*

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

<sup>1</sup> DREES Etudes et Résultats N° 637 mai 2008 Tableaux 1 et 2.

<sup>2</sup> En 2008, au moment de la finalisation de ce rapport, il a été indiqué que le concours définitif de la CNSA au titre de l'APA s'établissait à 1 598,9 M€.

- [6] Suite aux difficultés financières rencontrées par une montée en charge du nombre de bénéficiaires plus importante que prévu, l'APA a été amendée par la loi n° 2003-289 du 31 mars 2003. Le financement prévu de l'APA devait être assuré environ aux deux tiers par les départements et au tiers par l'Etat par l'intermédiaire de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Afin de garantir la pérennité financière de l'APA, et d'épargner aux départements une dépense supplémentaire incompatible avec leurs contraintes budgétaires, la loi du 31 mars 2003 a pris plusieurs dispositions visant à assurer le rééquilibrage financier de l'APA (contrôle de l'effectivité de l'aide apportée aux bénéficiaires de l'APA à domicile - article 2 -, modification de la date d'ouverture des droits pour les bénéficiaires de l'APA à domicile – article 1).
- [7] Son financement a ensuite été conforté par l'apport de la solidarité nationale par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (journée de Pentecôte) qui crée la CNSA, puis par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

- [8] La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a élargi les compétences confiées aux départements : l'article 56 a donné au département une compétence générale en matière d'action sociale en faveur des personnes âgées : le département est chargé de définir et de mettre en œuvre cette politique et devient seul pilote de la coordination gérontologique. A ce titre, l'autorisation et le financement des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) lui ont été transférés. Pour que cet accroissement de responsabilité s'accompagne d'une concertation renouvelée avec les personnes âgées elles-mêmes, le comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA) a été placé auprès du président du conseil général (article 57). Ces dispositions sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2005.

### ***Les objectifs de la mission***

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



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

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

[13] La mission n'a pas pour objet l'analyse de la convergence entre APA et PCH compte tenu des données et des études déjà présentes ou en cours sur le sujet, mais signale au passage certains points. Elle ne vise pas non plus à étudier spécifiquement le mode de tarification ternaire des établissements d'hébergement, mais prend en compte ses conséquences pour le pilotage de la gestion de la dépense de l'APA.

### ***Plan du rapport***

[14] Le rapport développe une analyse assortie de recommandations autour de six thèmes : éléments d'analyse transversale ; organisation du processus d'instruction et décision ; évaluation médico-sociale ; gestion financière ; tarification des services d'aide à domicile et des établissements ; pilotage, systèmes d'information et diffusion de bonnes pratiques.

[15] Il fait des recommandations qui relèvent soit de modifications de textes, soit de bonnes pratiques ; leur mise en œuvre relève des services de l'Etat, des conseils généraux, ou de la CNSA dont le rôle en matière de dépendance des personnes âgées devrait être conforté. Les propositions de modifications de textes sont rassemblées et explicitées dans l'annexe 1 Les principaux éléments factuels des analyses de site sont synthétisés sous forme de tableau synoptique dans l'annexe 2.

## 1. ELEMENTS D'ANALYSE TRANSVERSAUX

[16] Avant d'analyser les divers aspects de la gestion de cette allocation, qui est mise en œuvre par les conseils généraux des départements français pour les personnes âgées d'au moins 60 ans, il convient d'une part de la situer par rapport à la compensation du handicap avant 60 ans, d'autre part de souligner un aspect de sa gestion relativement critique, relatif à des textes et pratiques générateurs de délais.

### *1.1. L'approche de la personne âgée dépendante à travers l'APA*

[17] L'approche des personnes âgées dépendantes constatée, à travers l'analyse de la gestion de l'APA, dans les conseils généraux où la mission s'est rendue, est nettement distincte de l'approche des personnes handicapées, même si le plus souvent c'est la même direction du conseil général qui est en charge des handicapés et des personnes âgées, l'essentiel de la gestion du handicap relevant toutefois de la maison départementale des personnes handicapées.

[18] L'aide aux personnes âgées dépendantes n'est pas perçue comme une approche de compensation, mais comme une approche d'accompagnement du vieillissement et de la fin de vie. Le déclin des aptitudes physiques et, le cas échéant mentales, est, à partir de certains âges, prévisible, même si les âges varient très sensiblement selon les individus. Il est progressif et génère des besoins croissants d'aides, que ce soit à domicile ou en établissement. La personne âgée n'arrive plus à faire des actes de la vie quotidienne : entretien de son intérieur, courses extérieures, repas, puis rencontre des difficultés à se laver, à s'habiller, à boire, à manger, à se souvenir, à se lever...

[19] Le maintien à domicile, dès qu'il y a isolement et éventuellement même avec un conjoint ou des enfants eux-mêmes de plus en plus âgés, n'est plus possible qu'avec une aide extérieure, que la seule retraite ne permet pas de financer. Pour les plus dépendants, le coût d'une présence quasiment à plein temps ou de l'hébergement en établissement est difficilement supportable. Le reste à charge en établissement est supporté dans le cadre de l'obligation alimentaire familiale ou au niveau de la récupération sur succession de l'aide sociale à l'hébergement.

[20] L'assurance maladie couvre, certes, les soins proprement dits des personnes âgées, comme ceux du reste de la population, mais ne s'étend pas aux prestations définies comme de dépendance. Certaines des prestations prises en charge varient dans leurs modalités selon les départements, compte tenu des pratiques locales. Par exemple la notion de toilettes médicales - prescrites par un médecin, assurées par un infirmier ou un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), payées par l'assurance-maladie - a un périmètre d'application plus ou moins grand. Dans l'Ain, les toilettes médicales sont limitées ; en revanche, dans les Bouches-du-Rhône et en Haute-Corse, compte tenu de la densité d'infirmières, elles sont fréquentes, allégeant d'autant les plans d'aide, couverts par l'APA.

[21] Les prestations de dépendance, au-delà de ce qui relève de l'assurance maladie, sont principalement des aides humaines, qu'il s'agisse de l'action sociale des caisses de retraite ou de l'APA, puisque les personnes âgées relèvent d'abord de l'aide proposée dans le cadre de l'action sociale de leurs caisses de retraite (GIR 5 et 6) ou de l'aide du conseil général, principalement l'APA pour le maintien à domicile, partiellement l'APA pour la prise en charge en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Elles peuvent également correspondre à la prise en charges de couches, de la téléalarme ou de travaux permettant le maintien à domicile malgré la dépendance.

[22] La dépendance des personnes âgées reste donc relativement spécifique par rapport à la question de la compensation du handicap. Ceci n'interdit pas toutefois d'envisager le rapprochement de certains mécanismes de gestion, d'appréciation et d'aides et rend nécessaire, le cas échéant, une bonne articulation du passage d'une forme de prestation à l'autre, notamment pour les personnes handicapées âgées.

### **1.2. Des textes et pratiques générateurs de délais qui méritent d'être révisés**

[23] En observant comment les conseils généraux mettent en œuvre les textes qui encadrent la gestion de l'allocation par les départements, la mission a relevé un aspect particulièrement critique qui est celui des délais.

#### **1.2.1. Des textes générateurs de délais**

[24] L'analyse des départements examinés montre la difficulté de respecter à la fois les procédures prévues par les textes et le respect du délai réglementaire. Les textes prévoient, en effet, un cadre de procédure et de délai contraignant (*cf. encadré ci-après*)

#### Encadré 1 : extraits du cadre réglementaire applicable

La loi fixe au président du conseil général un délai global d'instruction de deux mois entre la date de dépôt du dossier de demande complet et la notification de la décision relative à l'APA ; à défaut d'une notification au terme de ce délai, l'allocation est réputée accordée pour un montant forfaitaire, à compter de l'expiration de ce délai de deux mois, jusqu'à ce que la décision expresse le concernant soit notifiée à l'intéressé.

Les textes réglementaires y ajoutent des délais complémentaires :

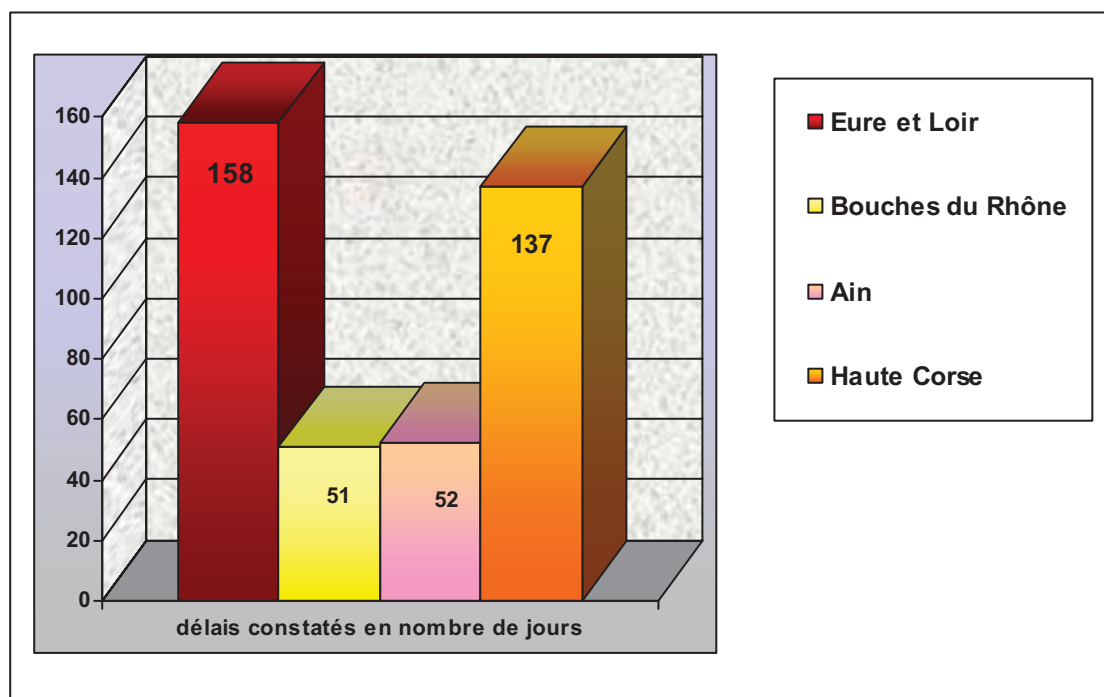
- Pour l'accusé de réception :
  - le président du conseil général dispose d'un délai de 10 jours pour accuser réception du dossier et, si le dossier est incomplet, doit dans ce même délai faire connaître le nombre et la nature des pièces justificatives manquantes,
- Pour la phase contradictoire :
  - dans un délai de 30 jours à compter de la date de dépôt du dossier de demande complet, l'équipe médico-sociale du conseil général doit consulter le médecin désigné, le cas échéant par le demandeur, adresser une proposition de plan d'aide à l'intéressé, assortie de l'indication du taux de sa participation financière,
  - l'intéressé dispose d'un délai de 10 jours, à compter de la date de réception de la proposition, pour présenter ses observations et en demander la modification,
  - dans ce cas, une proposition définitive lui est adressée dans les huit jours.
  - en cas de refus exprès ou d'absence de réponse de l'intéressé à cette proposition dans le délai de 10 jours, la demande d'APA est alors réputée refusée.

*Source : Code de l'action sociale et des familles.*

[25] Au regard des contraintes de gestion, autant la fixation du délai global législatif peut paraître opportune, autant certains des délais fixés par la voie réglementaire paraissent inadaptés aux besoins et rendre le respect du délai global extrêmement difficile.

[26] Deux des conseils généraux de département ont des délais particulièrement élevés. En Eure-et-Loir, le délai moyen entre l'enregistrement du dossier complet et la notification est de 142 jours ; le délai perçu par le bénéficiaire entre le dépôt de son dossier, même incomplet, et la notification reçue en mairie est de 195 jours. En Haute-Corse, le premier délai est de 87 jours pour l'emploi direct d'un aide à domicile ; il est de 120 à 149 jours pour les services prestataires selon l'unité territoriale. Le respect des procédures est plus prononcé dans deux départements : L'Eure-et-Loir veille à appliquer toutes les phases de la procédure, notamment l'étape contradictoire en matière de plan d'aide ; le problème de la Haute-Corse est plus lié à l'espacement des réunions de la commission de proposition qu'il est difficile de réunir.

Graphique 1 : délais d'instruction globaux constatés dans les 4 départements contrôlés



Source : Mission Igas, sur la base des données recueillies dans chaque département

[27] En revanche, la compensation forfaitaire prévue au profit des bénéficiaires d'APA, lorsque le délai de deux mois d'instruction est dépassé, n'est pas plus mise en œuvre que dans les autres départements examinés.

[28] Un conseil général aménage les procédures pour respecter les délais (Bouches-du-Rhône). Il a mis au point une procédure efficiente de traitement industriel qui limite le travail d'équipe et supprime la commission de proposition. Malgré le volume important des demandes et des révisions, il réussit ainsi à tenir un délai moyen de 59 jours en 2007, qui a pu être réduit à 51 jours sur les dix premiers mois de 2008.

[29] Un conseil général a mis en place une allocation départementale d'autonomie pour couvrir ses délais administratifs et ouvrir le droit, dès que le dossier est complet (Val-de-Marne).

[30] Un seul des cinq départements (l'Ain) parvient dans une certaine mesure à concilier procédure et délais par une déconcentration sur les unités territoriales et l'éclatement de la commission de proposition en commissions de proposition territoriales, le siège assurant des réunions de coordination. Mais, même dans ce cas, le délai de deux mois n'est pas respecté pour près de 30% des dossiers (70% sont instruits dans les deux mois, 91,5% dans les 3 mois).

## 1.2.2. Des textes à adapter

### 1.2.2.1. Des procédures et délais à assouplir au niveau de certaines phases de l'instruction

- [31] Le délai global législatif de 2 mois serait maintenu. Le délai réglementaire d'accusé de réception pourrait être conservé.
- [32] Mais la phase contradictoire de détermination du plan d'aide prévue actuellement à l'intérieur du délai de deux mois ne figurerait plus dans le texte réglementaire, les conseils généraux devenant libres de s'organiser sur ce point.
- [33] Elle se révèle, en effet, dans sa forme juridique, intenable au niveau des délais et lourde en gestion. L'utilité de son formalisme est, en outre, contestée : le dialogue entre le travailleur à domicile, la personne âgée dépendante et généralement son aidant, permet d'arriver à un accord lors de la visite à domicile, sans que soit nécessaire une procédure contradictoire écrite. Par ailleurs, la possibilité d'un recours permet toujours de contester le niveau de l'évaluation de la dépendance, des ressources ou le contenu du plan d'aide ; elle peut donc dispenser de cette phase procédurale préalable.

**Recommandation n°1 : Réduire les délais procéduraux, en retranchant du texte réglementaire la phase de demande d'acceptation écrite du plan d'aide, préalable à la décision finale.**

### 1.2.2.2. Des procédures de décision à repenser

- [34] Une équipe technique pluridisciplinaire de proposition des décisions s'avère utile pour régler les cas soulevant une difficulté d'appréciation. Elle est susceptible de déconcentration, dès lors qu'il y a une coordination centrale.
- [35] La commission de proposition, telle qu'elle est prévue actuellement pour l'examen individuel des propositions, génère des délais, compte tenu de la difficulté de la réunir, et n'apporte généralement que peu de plus-value. Il sera donc proposé dans la section du rapport relative à l'organisation de revoir son intervention dans le suivi de l'APA, afin que celle-ci ne soit pas contraire à l'intérêt des intéressés, mais devienne effectivement utile.

**Recommandation n°2 : Réduire les délais liés à la commission de proposition en repensant ses modalités d'intervention (suppression de l'examen systématique des demandes)**

## 1.2.3. Des pratiques à améliorer

- [36] La mission, au regard des constats qu'elle a effectués dans les départements où elle s'est rendue, a relevé la nécessité d'apporter dans certains d'entre eux les améliorations suivantes :
- *délais de courrier à réduire* : revoir les procédures d'arrivée du courrier et, le cas échéant de départ, aux délais souvent non négligeables dans la plupart des conseils généraux visités ; informatiser et développer lorsque c'est possible les liaisons dématérialisées ;
  - *délais de signature à accélérer parfois* : déléguer si possible la signature du président du conseil général pour les décisions individuelles d'APA au niveau approprié des services, tout en organisant les contrôles utiles ;
  - *contrôle de gestion sur les délais à organiser* : les conseils généraux n'ont généralement pas défini d'indicateurs en la matière. Il convient de mesurer le délai global et les délais intermédiaires, afin d'en tirer les conséquences utiles ;
  - *ouverture de droits à organiser dans le délai légal* : mettre en œuvre effectivement l'APA forfaitaire lorsque le délai de deux mois d'instruction ne peut être respecté. Dans les cas où la

situation de grave dépendance de la personne âgée le justifie, mettre en place soit l'APA d'urgence forfaitaire prévue par les textes, soit une APA accélérée par une procédure d'intervention prioritaire permettant l'ouverture du droit dans un délai permettant de répondre à l'urgence du grave besoin.

- *révisions ou « renouvellements » à anticiper* : améliorer la gestion des échéances des durées d'attribution d'APA ;
  1. les départements où la mission s'est rendue fixent des délais d'attribution non explicitement prévus par les textes et distinguent les notions de révision et de renouvellement, cette dernière n'étant pas prévue par les textes. Cette distinction peut présenter des avantages pour le suivi des personnes âgées, dès lors qu'elle est effectivement gérée : cela est toutefois rarement le cas.
  2. Les délais d'attribution sont de durée variable selon les conseils généraux (2ans, 3 ans ou 4 ans) aux termes desquels intervient un renouvellement pour une même durée. Sauf exception, il n'y a pas de délai inférieur, alors qu'une ouverture d'APA pourrait ne justifier qu'une période limitée, par exemple de quatre mois en cas de fracture d'un col du fémur pour une personne âgée, sinon valide.
  3. Par ailleurs, ce renouvellement est rarement suivi par le conseil général dans le cadre d'une gestion d'échéancier, ce qui soulève des difficultés au moment du renouvellement, souvent mal anticipé par des personnes âgées précarisées ou renvoie cette charge sur les associations d'aide à domicile ou les EPHAD, alors qu'elle relèverait logiquement du conseil général.

**Recommandation n°3 : Ouvrir effectivement le droit à une APA forfaitaire, lorsque le délai global de décision n'est pas respecté.**

**Recommandation n°4 : Améliorer les pratiques (gestion du courrier, gestion des signatures, gestion des urgences) pour réduire les délais.**

**Recommandation n°5 : Anticiper et organiser les révisions ou renouvellements.**

## 2. L'ORGANISATION DU PROCESSUS D'INSTRUCTION ET DE DECISION

[37] Dans le cadre de textes relativement précis et applicables à tous, les conseils généraux ont mis au point des modèles variés de leurs processus d'instruction et de décision.

### 2.1. *Une organisation générale plus ou moins centralisée*

[38] Sur les cinq conseils généraux examinés, un seul (le Conseil général de l'Ain) a clairement choisi une organisation déconcentrée, s'appuyant sur les circonscriptions d'action sanitaire et sociale, une commission de proposition éclatée en commissions de proposition de circonscription, et des délégations de signature aux responsables de circonscription et à leur adjoint administratif. Cette organisation n'interdit pas au service central chargé de l'APA d'assurer un suivi et une coordination par des réunions régulières. En outre, les quatre médecins départementaux ont leur bureau au siège central et les circonscriptions ont été partagées entre eux : ils sont présents aux réunions des commissions de proposition.

[39] La dimension territoriale reste également présente dans les autres départements, même si les instructions administratives et médicales se font au siège et si les visiteurs à domicile y disposent d'un bureau.

[40] Parmi eux, seule la Haute-Corse tient certaines de ses réunions d'équipes médico-sociales préparatoires au niveau des unités territoriales. Une reconcentration est d'ailleurs envisagée pour renforcer une homogénéité de traitement à laquelle contribuent déjà un secrétariat commun des commissions et une unité de signature par le président du conseil général pour les décisions favorables et par les responsables du service pour les autres.

[41] Dans les autres, les visiteurs à domicile sont généralement chargés d'une circonscription territoriale et parfois aussi les médecins et les instructeurs administratifs (Bouches-du-Rhône). Toutefois, le Val-de-Marne, pour renforcer l'homogénéité des propositions, a choisi de ne pas affecter ses médecins APA à des zones territoriales.

[42] La signature des décisions est assurée essentiellement par un responsable administratif des services centraux, sauf dans l'Ain et en Haute-Corse.

### 2.2. *Une organisation de l'instruction plus ou moins cloisonnée et variable dans son exercice*

#### 2.2.1. **Des circuits variables**

[43] L'instruction médicale a un rôle prédominant dans trois départements sur cinq.

[44] Dans l'Ain, la Haute-Corse, les Bouches-du-Rhône, les visiteurs à domicile travaillent à partir d'un niveau de dépendance (le Groupe Iso ressources, GIR) médicalement établi, qui leur est donné avant la visite à domicile, même s'il peut éventuellement être remis en cause. Dans les 2 autres (Eure-et-Loir, Val-de-Marne), l'évaluation médicale du niveau de dépendance n'est rapprochée de l'évaluation sociale qu'après cette dernière, les divergences étant examinées en réunion d'équipe médico-sociale.

[45] L'avis des médecins libéraux est prépondérant pour déterminer le GIR médical dans trois départements. Dans les Bouches-du-Rhône, l'évaluation du médecin traitant est systématiquement revue par un médecin vacataire du Conseil général. C'est ce dernier qui établit le GIR médical.

[46] Dans aucun de ces départements n'interviennent des infirmiers pour apprécier le GIR médical, alors que la plupart des médecins territoriaux consultés considèrent qu'ils n'ont pas d'apport important, à raison de leur formation médicale, dans l'établissement du niveau de dépendance dans le cadre de la visite à domicile, sauf exception. Leur niveau de formation leur permet plutôt de pouvoir trancher en cas de manque de cohérence dans les évaluations médicales et sociales.

### **2.2.2. Des métiers divers**

[47] La visite à domicile pour les premières demandes est systématiquement effectuée, si le niveau de dépendance établi par le médecin est suffisant pour entrer dans la prise en charge par l'APA (GIR médical de 4 ou moins). Les évaluateurs à domicile des conseils généraux sont, dans les départements examinés, le plus souvent des assistantes sociales. Une plus grande interdisciplinarité commence à être recherchée (conseillère en éducation sociale et familiale, éducateur spécialisé), mais reste modeste. En Haute-Corse, elle associe des agents administratifs qui tendent d'ailleurs à prédominer parmi les visiteurs à domicile. Un métier n'existe pas dans ces équipes, celui de conseiller en adaptation du logement ; or il peut s'avérer utile pour favoriser le maintien à domicile dans des conditions correctes et le rendre moins coûteux en aides humaines.

## **2.3. Une instruction administrative plus ou moins exigeante**

### **2.3.1. Des documents exigés et exigibles**

#### 2.3.1.1. La notion de dossier complet et la question de l'évaluation médicale externe

- Le certificat médical du médecin traitant

[48] Il serait logique de le rendre obligatoire, mais cela pourrait alors impliquer une rémunération. Il convient donc de laisser les Conseils généraux autonomes à cet égard.

[49] Il n'apparaît pas non plus souhaitable d'en faire une pièce préalable, exigée pour que le dossier soit complet et fasse courir le délai de 2 mois. On ne peut exiger d'une personne âgée dépendante que la gestion de son dossier dépende de la remise d'un document non obligatoire par un tiers, même médecin.

- La fixation du niveau de dépendance en EHPAD

[50] Il n'est pas normal et contreproductif que, dans quelques départements, la date de fourniture du GIR soit considérée, alors que le reste du dossier est complet, comme la date de point de départ de l'APA en établissement.

[51] Cela conduit alors à réaliser une détermination du niveau de dépendance précoce en établissement, ne prenant pas en compte le délai de stabilisation d'une personne âgée entrant en EPHAD, souvent en sortie de centre hospitalier.

[52] Il convient donc, conformément aux textes, de considérer le dossier complet, même en l'absence de l'évaluation du niveau de dépendance, ce qui permet en pratique de faire coïncider date d'entrée en établissement et dossier complet.

#### 2.3.1.2. L'avis d'imposition et le contrôle des ressources

- L'avis d'imposition n'est pas contrôlé annuellement



[53] La loi pose le principe du calcul de la participation du bénéficiaire en fonction de ses ressources, selon un barème revalorisé au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année (article L232-4). Elle précise également (article L232-14) que l'APA peut être révisée à tout moment en cas de modification de la situation du bénéficiaire. Les textes d'application ne précisent pas explicitement la révision annuelle des ressources. Aucun des départements ne la met en œuvre. Ils se limitent à réviser les ressources au renouvellement des droits attribués (pour deux ans, trois ans ou quatre ans selon les départements) ou d'une révision pour un autre motif.

- Les limites de certains des systèmes informatiques : non rattachement de l'avis d'imposition à un exercice

[54] Le logiciel utilisé par plusieurs des départements ne permet pas de préciser l'année de référence de l'avis d'imposition et peut donc créer des inégalités entre bénéficiaires, faute de référencement adéquat.

- Des liens à organiser avec les services fiscaux

[55] Seul un département, l'Ain, a établi des relations directes avec les services fiscaux pour faciliter l'obtention des avis d'imposition ou non-imposition. Aucune procédure de transmission dématérialisée n'a été constatée, ni demandée.

**Recommandation n°6 : Adapter les textes réglementaires pour rendre explicite le contrôle annuel des ressources, compléter les logiciels informatiques en conséquence et organiser des liaisons dématérialisées entre les conseils généraux et les services fiscaux.**

### 2.3.2. Une durée d'attribution non modulée en fonction du besoin

[56] Les délais de renouvellement décidés par les conseils généraux sont, comme il a été vu précédemment, variables.

[57] Toutefois, ils ne sont généralement pas modulés compte tenu du besoin. Une personne âgée devenue dépendante, par exemple du fait d'une fracture du col du fémur, se voit ainsi ouvrir un droit à l'APA jusqu'au renouvellement de longue durée prévu par le conseil général et non pour le nombre de mois résultant du pronostic de rétablissement (3, 6 mois...). En sortie d'hospitalisation, l'APA n'est pas renforcée, lorsque cela apparaît utile, pour une durée déterminée, fonction d'un besoin temporaire, à la différence de l'action sociale de la CNAV qui a mis au point une prestation adaptée dans ce cas pour ses retraités relevant des GIR 5 ou 6.

**Recommandation n°7 : Moduler la durée du droit et du niveau de l'APA pour tenir compte d'une dépendance temporaire.**

### 2.3.3. La majoration de 10%

[58] Une majoration, en théorie automatique, de 10% de la participation financière de l'intéressé en cas d'appel à un service non agréé ou à une tierce personne employée directement et sans un certain niveau d'expérience ou de qualification, doit être opérée.

[59] En pratique, en l'absence d'un arrêté d'application, aucun des départements examinés ne l'applique.

[60] Il est suggéré de laisser au conseil général une marge d'appréciation en la matière, compte tenu du contexte local, de la situation du demandeur et du tarif de référence pour la prise en charge d'emploi direct. Cette latitude est liée à des éléments de situation locale, pourraient soulever des difficultés juridiques au regard de la jurisprudence du conseil constitutionnel sur l'égalité devant les charges publiques.

**Recommandation n°8 : Donner au conseil général une marge d'appréciation, compte tenu de la situation locale, dans le cadre du règlement départemental d'aide sociale, pour la mise en œuvre de la majoration de 10% de la participation financière en cas d'emploi direct peu qualifié.**

#### 2.3.4. Le respect des dates d'ouverture des droits

##### 2.3.4.1. Une ouverture des droits tardive

[61] La règle posée à l'article L 232-14, qui prévoit qu'« au terme d'un délai de deux mois à compter de la date de dépôt du dossier de demande complet, l'APA est réputée accordée pour un montant forfaitaire jusqu'à ce que la décision expresse le concernant soit notifiée à l'intéressé », n'est appliquée dans aucun des quatre départements contrôlés.

**Recommandation n°9 : Pour assurer l'ouverture automatique des droits en cas de retard d'instruction, charger la CNSA de mener dès à présent une enquête sur la situation présente et son amélioration**

##### 2.3.4.2. Des cas de rétroactivité

[62] Certains conseils généraux ouvrent les droits à partir d'une date antérieure à la notification. Lorsqu'il s'agit d'un renouvellement, cela ne soulève pas de difficultés, quand celui-ci est tardif. Pour une première demande, le Conseil général peut en décider, mais, sauf urgence attestée, sociale ou médicale, permettant l'ouverture à compter du dépôt de la demande, il se situe alors au-delà de la loi et cette décision devrait sur ce point s'imputer sur une ligne budgétaire financée par le seul Conseil général.

[63] C'est d'ailleurs ce que fait le Conseil général du Val-de-Marne, qui a créé une allocation départementale d'autonomie.

#### 2.3.5. L'information des maires

[64] Le Conseil général est actuellement tenu d'informer du dépôt d'une demande d'APA le maire de la commune de résidence du demandeur dans le délai de 10 jours. Cette obligation est inégalement mise en œuvre. Lorsqu'elle l'est, elle n'a généralement aucune utilité et alourdit la charge des conseils généraux et des mairies qui ne font généralement rien de cette information d'autant plus que les textes ne prévoient pas qu'elles soient informées de la décision, ce que font néanmoins certains des conseils généraux, sans que cela soit utilisé pour autant par les mairies.

[65] Il est suggéré d'adapter cette procédure pour la rendre utile. L'information de dépôt de la demande serait supprimée. L'information d'attribution du droit à l'APA serait, en revanche, introduite, mais seulement sur demande des maires.

**Recommandation n°10 : Supprimer l'obligation d'informer les maires du dépôt d'une demande d'APA et prévoir à la demande des maires leur information sur les droits ouverts à l'APA.**

### **2.3.6. Les relations entre l'APA, l'aide à domicile des caisses de retraite, l'aide sociale pour les personnes âgées à domicile**

#### 2.3.6.1. La dualité générale de gestion des aides à domicile

[66] La mission s'est interrogée sur le maintien de deux systèmes généraux de gestion des aides à domicile, les conseils généraux dans le cadre de l'APA pour les personnes âgées classées en GIR 1 à 4, les caisses de retraite pour leurs assurés classés en GIR 5 et 6, avec des systèmes d'évaluation généralement distincts, des risques de chevauchement et double paiement ou, au contraire, de dénis de droit, des relais d'information reposant aujourd'hui trop largement sur les structures prestataires.

[67] Une réflexion approfondie mériterait d'évaluer les avantages et inconvénients de ce partage de compétences et d'étudier des scénarios alternatifs :

- soit en confiant la prise en charge complète à l'une des deux institutions (les départements si l'on conforte les évolutions récentes<sup>3</sup>) ;
- soit en séparant les missions par type d'aides avec des aides humaines attribuées par les conseils généraux, les caisses de retraite se centrant sur des aides techniques à vocation plus préventive, quel que soit le niveau de dépendance des personnes âgées : aménagements des logements, consultation mémoire et centres de jour, aides aux transports, téléalarme, hébergement temporaire...

#### 2.3.6.2. La dualité de gestion au niveau des seuls GIR 5 et 6

[68] L'aide sociale à domicile du Conseil général et les aides à domicile de l'action sociale des caisses de retraite s'adressent, toutes deux, aux personnes âgées relevant des GIR 6 et 5. La première concerne les personnes âgées dont les ressources sont inférieures au minimum vieillesse, la seconde les autres. Paradoxalement, l'aide sociale à domicile est restée soumise à récupération sur succession, ce qui pénalise les assurés sociaux les plus démunis ; toutefois, les départements visités ne mettent plus en œuvre cette dernière que marginalement.

[69] Si la dualité générale de gestion des aides à domicile est maintenue, il pourrait convenir d'étendre l'action sociale des caisses de retraite à l'ensemble de leurs assurés et de limiter l'attribution de l'aide sociale à domicile aux personnes âgées ne relevant pas d'un régime d'assurance vieillesse, mais de l'allocation spéciale de la caisse des dépôts et consignations.

#### 2.3.6.3. L'articulation des aides selon le niveau de dépendance

[70] L'articulation des relations entre les conseils généraux et les caisses de retraite, notamment la CRAM pour les aides à domicile du régime général d'assurance vieillesse, varie selon les régions et les conseils généraux. Elle reste souvent insuffisante, rejetant sur les personnes âgées ou les associations d'aide à domicile l'interface.

[71] Dès lors qu'une dualité est conservée, il est indispensable que des conventions entre conseils généraux et CRAM précisent les modalités d'information et de liaison sur deux points :

---

<sup>3</sup> Le rapport 2008 de l'IGAS de bilan-diagnostic sur la convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAV fait état du choix rationnel que constituerait une concentration de la gestion du cinquième risque par les départements. Il estime cependant que « s'il devait être effectué, ce transfert aux conseils généraux ne pourrait concerner la seule action sociale de la branche retraite du régime général (40 % seulement des dépenses d'action sociale des principaux régimes de retraite selon l'évaluation de la Cour des comptes) ; par ailleurs, ce transfert présenterait un risque de concentration des moyens sur les populations dépendantes (personnes âgées classées GIR 1 à 4) et devrait donc être assorti de mesures permettant d'assurer la continuité de l'action sociale vers les publics autonomes mais fragiles (personnes âgées classées en GIR 5 et 6). Enfin, les départements sont déjà absorbés par la mise en œuvre de l'APA et prochainement par celle du 5ème risque, il n'est donc pas opportun d'ajouter une nouvelle charge.

- en matière d'évaluation : la dualité actuelle d'évaluation est absurde pour des personnes appelées à évoluer des GIR 5 et 6 vers les GIR 4 à 1 ;
- en matière de transmission de dossier et de paiement : il est impératif d'éviter à la fois tout chevauchement des aides, tout risque de fraude et toute discontinuité.

[72] La meilleure formule serait de mettre en place une procédure commune d'évaluation pour les conseils généraux et les caisses de retraite en ce qui concerne le niveau de dépendance et la détermination du plan d'aide, en associant à l'équipe d'évaluation des conseils généraux un représentant des services des caisses de retraite, comme cela se fait déjà dans quelques départements et ne organisant un système d'informations dématérialisées.

[73] Une convention type de partenariat entrant dans les techniques de liaison devrait être établie conjointement par la CNAV et l'ADF et s'appliquer automatiquement, en l'absence d'avenant d'adaptation locale. Des avenants d'adaptation locale n'en resteraient pas moins nécessaires pour mettre au point des liaisons dématérialisées adaptées pour assurer une bonne continuité des aides et une connaissance mutuelle des décisions ; ils prévoiraient également un échange d'information sur les décès. L'article L 232-13 paraît constituer un support juridique suffisant. Le cahier des charges fixé par arrêté interministériel qui s'impose aux clauses des conventions mériterait d'être adapté.

**Recommandation n°11 : S'interroger à nouveau sur la dualité de compétence et de gestion des aides à domicile, selon le niveau de dépendance, par les caisses de retraite et le conseil général.**

**Recommandation n°12 : S'il était décidé de maintenir le partage actuel de compétences entre les conseils généraux et l'action sociale des caisses de retraite en fonction du niveau de dépendance, envisager d'étendre l'action sociale des caisses de retraite à l'ensemble de leurs assurés.**

**Recommandation n°13 : Mettre en place, dans le cadre de l'article L 232-13 du code de l'action sociale et des familles, un système commun d'évaluations médico-sociales pour les conseils généraux et les caisses de retraite et des liaisons administratives et financières adaptées pour garantir les droits des assurés, la continuité de ces droits et l'absence de doublons.**

#### *2.4. Une procédure de décision à rénover*

[74] Les décisions du Président du conseil général doivent aujourd'hui être précédées, pour éviter un vice de forme, d'une proposition individuelle de la commission de proposition. Cette obligation, si elle est respectée, génère des délais non négligeables, même lorsque la commission se réunit fréquemment (toutes les deux semaines dans certains conseils généraux). Sa composition est mal adaptée à l'examen de cas individuels, soumis à des règles et à un guide barème : elle comprend six membres : trois membres représentant le département, deux membres représentant les organismes de sécurité sociale, un membre désigné au titre d'une institution ou d'un organisme public social et médico-social... ou, à défaut, un maire désigné sur proposition de l'assemblée départementale des maires. Les membres sont souvent des conseillers généraux et des administrateurs des caisses de sécurité sociale, difficiles à réunir et dont les compétences ne sont pas nécessairement adaptées à l'examen de la situation de personnes dépendantes.

[75] Les missions et le fonctionnement de la commission prévue à l'article L 232-12 du code de l'action sociale et des familles devraient être revus pour lui permettre d'orienter et de surveiller, avec un certain recul, la mise en œuvre du droit à l'APA, sans s'immiscer dans la gestion quotidienne :

- les propositions individuelles seraient d'abord formulées par une équipe technique de proposition pluridisciplinaire, comprenant au moins un médecin et un travailleur social, dès que se poserait un problème d'appréciation ; le Président du Conseil général pourrait, toutefois en tant que de besoin, consulter la commission de proposition ;

- la commission deviendrait principalement une commission d'orientation et de surveillance de l'APA, chargée de faire des propositions d'orientation de la pratique du conseil général et de s'assurer de la qualité de la gestion, de l'évaluation et du suivi des bénéficiaires de l'APA ; elle donnerait son avis sur un compte rendu annuel des services du conseil général sur la gestion de l'APA ; elle serait consultée par le conseil général sur les pratiques de détermination du niveau de la dépendance et les questions résultant des recours dont elle serait saisie au titre de sa fonction de conciliation ;
- son fonctionnement en commission de conciliation serait à maintenir et à conforter. Sa saisine devrait devenir préalable, à titre obligatoire, au dépôt d'un recours juridictionnel devant la commission départementale de l'aide sociale (CDAS).

**Recommandation n°14 : Transformer la commission de proposition de l'APA en commission d'orientation et de surveillance de l'APA.**

**Recommandation n°15 : Rendre obligatoire le recours préalable devant la commission de conciliation de l'APA avant toute saisine en contentieux de la commission départementale d'aide sociale.**

### 3. L'EVALUATION MEDICO-SOCIALE

[76] Les évaluations du niveau de dépendance sont parfois peu fiables, et leur homogénéité n'est pas contrôlée. La place du médecin de ville qui n'est pas prévue dans la procédure, s'impose souvent avec des résultats incertains. Les plans d'aide élaborés par les visiteurs à domicile sont notifiés de manière succincte et rarement partagés avec les services à domicile.

#### 3.1. *Renforcer la fiabilité des évaluations du niveau de dépendance (classement par groupes iso-ressources, dits GIR)*

##### 3.1.1. La composition et l'organisation de l'équipe médico-sociale

[77] La constitution d'une équipe médico-sociale est prévue par la loi pour préparer une décision d'attribution d'allocation par une approche multidimensionnelle, croisant les points de vue disciplinaires<sup>4</sup>.

[78] L'étude sur la fiabilité de l'instrument AGGIR réalisée en 2005<sup>5</sup> pour la direction générale de l'action sociale a montré que la reproductibilité de la grille AGGIR (sa capacité à trouver le même classement en GIR d'un test à l'autre) est corrélée au profil professionnel des évaluateurs. Les infirmières ont le taux de concordance le plus élevé d'un test à l'autre (73% de classement identique), les personnels administratifs le plus faible (58%). L'étude conclut à « *la nécessité d'associer dans les évaluations un professionnel du secteur sanitaire et un professionnel du secteur social* ».

[79] La notion d'équipe médico-sociale répond à cet enjeu. Elle n'empêche en rien l'existence de services distincts en fonction des différentes étapes de la procédure d'instruction et de décision ; elle suppose cependant des échanges et une collaboration pour établir une décision préparée de manière collégiale, en tout état de cause s'agissant des cas présentant des difficultés d'appréciation. La mission a constaté que peu de départements ont réussi à faire vivre une véritable équipe médico-sociale. La solution la plus aboutie a été constatée dans le Val-de-Marne :

- l'équipe médico-sociale correspond à une unité identifiée, dirigée par un médecin au sein du service des prestations à la personne de la direction personnes âgées, personnes handicapées ;
- une grande pluridisciplinarité est recherchée parmi les évaluateurs à domicile qui comprennent les métiers d'assistants de service social, de conseillers en éducation sociale et familiale, d'éducateurs et d'infirmiers ;
- une synthèse médico-sociale est établie entre un médecin du conseil général et l'évaluateur à domicile, après la visite chez le demandeur, à l'aide du certificat du médecin de ville et du plan d'aide proposé (et élaboré en fonction des besoins et en théorie sans prendre en compte le montant maximum possible du plan). La répartition des dossiers est établie de façon à faire varier en permanence les binômes médecin-évaluateur à domicile afin d'homogénéiser les pratiques. Cette organisation est rendue possible par la présence de 4 médecins territoriaux et de 29 évaluateurs sanitaires et sociaux.

<sup>4</sup> En restant dans le cadre actuel reposant sur la grille d'évaluation AGGIR pour déterminer l'éligibilité à l'APA.

<sup>5</sup> COLVEZ, ROYER, BERTHIE-MOURGAUD, POCIELLO, pôle d'étude et de formation en gérontologie du Languedoc-Roussillon, *Etude de la fiabilité de l'instrument AGGIR, enquête dans six départements*, Montpellier, novembre 2005.

- [80] Dans nombre de départements, un cloisonnement est constaté entre médecins et travailleurs sociaux (Bouches-du-Rhône, Haute-Corse, Ain...), qui appartiennent à des services différents et sont chargés d'étapes séparées de la procédure (la détermination du niveau de dépendance par les médecins, l'élaboration du plan d'aide par les travailleurs sociaux sur la base du GIR médical). Cette organisation qui table sur le respect des compétences de chaque spécialité professionnelle a pour effet de doubler dans les Bouches-du-Rhône le nombre de visites d'évaluations à domicile : 8 000 nouvelles demandes chaque année, pour lesquelles ont lieu 16 000 visites d'évaluations réalisées chaque fois par une seule personne, respectivement un médecin, puis un travailleur social.
- [81] Faire vivre l'équipe médico-sociale constitue un vrai enjeu de management. Celui-ci n'est parfois pas traité pour cause d'incertitudes sur la ligne hiérarchique ou les responsabilités de chacun.
- [82] C'est le cas par exemple de l'Eure-et-Loir, avec un médecin « prestataire extérieur » rattaché de fait à la direction générale adjointe, un chef de service chargé de l'APA qui n'assiste pas aux commissions et aux réunions de l'équipe médico-sociale, un adjoint au chef qui y assiste mais ne bénéficie pas de l'autorité hiérarchique ou de délégations claires ni sur les travailleurs sociaux qui réalisent les visites, ni a fortiori sur le médecin. L'animation de l'équipe médico-sociale, souhaitable en gestion interne afin de créer une culture commune aux services permet aussi de limiter certaines des faiblesses de la grille AGGIR qu'un travail de manière isolé et fragmenté ne peut qu'accroître.

**Recommandation n°16 : Généraliser la pratique de réunions de synthèse dont la composition est véritablement médico-sociale et y soumettre en tout cas les dossiers repérés comme délicats.**

**Recommandation n°17 : Favoriser au sein des conseils généraux et entre eux la tenue de séminaires et de réunions d'échanges sur les pratiques internes, les évolutions de la grille AGGIR, la formation gérontologique.**

**Recommandation n°18 : Quel que soit l'organigramme général choisi, identifier un responsable chargé de l'animation et de la coordination de l'équipe médico-sociale.**

### 3.1.2. Un besoin d'outils et d'échanges extérieurs.

- [83] Les départements visités manquent encore des outils utiles pour assurer un management orienté vers la qualité et l'objectivité du service d'évaluation des demandeurs et des bénéficiaires de l'APA (cf. fiche sur les systèmes d'information).
- [84] La mesure des résultats moyens annuels des niveaux de dépendance constatés par unité géographique et/ou évaluateur (part respective des classements en GIR dans chaque portefeuille d'évaluateurs) constitue un outil précieux. Tous les systèmes d'information ne permettent pas d'en disposer mais quand c'est le cas cet outil peut révéler des écarts non négligeables, qu'il est bon de soumettre à débat. Dans les Bouches-du-Rhône, les écarts entre médecins vacataires sur la part de leur portefeuille relevant du GIR 4 vont du simple au double, sur la part relevant du GIR 3, ils vont du simple au quadruple.

**Recommandation n°19 : Systématiser l'analyse dans la durée des résultats des évaluations des classements moyens par GIR de chaque unité territoriale et/ou évaluateur (ainsi que des taux de refus), diffuser et débattre si besoin au sein du service des écarts éventuellement constatés.**

#### 3.1.2.1. De l'intérêt et des limites du secret professionnel.

- [85] Un partage d'informations de nature confidentielle existe à des degrés divers au sein des équipes médico-sociales et des services administratifs. Ce partage est souhaité par la loi dans la mesure où il permet de réaliser l'évaluation la plus juste possible de la situation du demandeur de la prestation.

- [86] La pratique constatée par la mission met à mal la confidentialité des informations médicales transmises au médecin du conseil général par le médecin de ville du demandeur : dans 4 des 5 départements visités, le certificat médical est ouvert et lu à un moment de la procédure par des agents administratifs (parfois simplement une secrétaire) et/ou des travailleurs sociaux. Dans aucun des cas, n'a cependant été signalé d'abus liés à ce partage – restreint au service de l'APA– des informations personnelles sur les demandeurs ou les bénéficiaires.
- [87] En revanche, quand une étanchéité forte des informations est constatée (notamment en début de procédure), la mission a noté que certaines informations d'ordre médical considérées comme nécessaires par les travailleurs sociaux sont obtenues par des voies indirectes ou implicites. Par informations nécessaires, on pense notamment mais pas seulement à l'existence d'un diagnostic de démence de type Alzheimer et au stade d'évolution de la pathologie.
- [88] En Eure-et-Loir, quand le travailleur social ne dispose pas d'une connaissance préalable des pathologies de la personne, il tente de « découvrir » les pathologies et atteintes diverses dont souffrent les demandeurs en prenant note des traitements médicamenteux de la personne<sup>6</sup>.
- [89] L'absence de connaissance des situations médicales avant la visite à domicile conduit lors de la visite d'évaluation à une approche par tâtonnement de l'état de la personne. La nature des pathologies des demandeurs n'est pas toujours connue et rapportée par ceux-ci lors de l'entretien. Certains troubles psychiques ne sont pas aisément décelables ou sont évolutifs dans le temps, et parfois à l'intérieur d'une même journée. Une telle approche par tâtonnement peut conduire d'une part, à une perte de temps et d'autre part, à l'élaboration de réponses moins ciblées et précises que lorsque les pathologies sont connues.
- [90] La protection du secret professionnel peut être parfois utilisée pour conforter des réflexes de cloisonnements professionnels générateurs de pertes d'efficacité : classements séparés des dossiers générant photocopies multiples des documents, ressaisies de données identiques sur support papier ou informatique par les différents services chargés de l'APA.
- [91] Le secret professionnel a pour objectif d'assurer la confiance qui s'impose à l'exercice de certaines professions ayant une fonction sociale particulière (soins, défense, aide). La notion de secret partagé entre professionnels n'existe pas juridiquement, mais en pratique un partage d'information existe et les travaux déontologiques qui ont pu être menés ont dégagé des conditions pour ce partage (que celui-ci soit nécessaire, pertinent et non excessif, qu'il respecte la vie privée et l'intimité de l'utilisateur notamment).
- [92] Afin d'éviter les débats et de surmonter les réticences constatées par la mission, une clarification par voie législative serait souhaitable afin de donner un signal aux professionnels intéressés.

**Recommandation n°20 : Introduire dans le code de l'action sociale et des familles une disposition favorisant l'exercice d'un secret professionnel partagé au sein des équipes médico-sociales.**

- [93] A défaut de référence dans la loi, définir en interne quelles informations vont être partagées, dans quel but, avec qui et à quelle occasion paraît un point de départ indispensable pour organiser dans les meilleures conditions le travail coopératif attendu des équipes médico-sociales. L'exemple de certaines commissions départementales de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui ont élaboré formellement ou non une méthodologie de l'échange d'informations au sein de l'équipe pluridisciplinaire et lors de la présentation des dossiers en commission, devant les associations, montre que des solutions pratiques peuvent être trouvées.

---

<sup>6</sup> L'ordonnance si elle n'est pas spontanément présentée par la personne âgée, est réclamée systématiquement.



### 3.2. *Clarifier la place du médecin de ville dans le processus d'évaluation des demandeurs et bénéficiaires d'APA*

[94] L'évaluation du niveau de dépendance requiert à un moment une expertise de niveau médical : l'identification des pathologies et des conséquences sur la personne nécessite une expertise de niveau médical pour certifier l'altération des facultés physiques ou psychiques, identifier son origine, son caractère réversible ou non et valider ainsi le besoin d'aide.

#### 3.2.1. **Des modalités d'intervention médicales variables.**

[95] L'article R 237 du code de l'action sociale et des familles (CASF) dispose qu'au « *cours de son instruction, l'équipe médico-sociale consulte le médecin désigné, le cas échéant, par le demandeur. Si l'intéressé le souhaite, ce médecin assiste à la visite à domicile prévue à l'alinéa précédent. L'équipe médico-sociale procède à la même consultation à l'occasion de la révision de l'allocation personnalisée d'autonomie.* »

[96] De fait, la consultation se traduit par la remise d'un certificat médical dans tous les départements visités, ce certificat est en pratique obligatoire pour les demandeurs. Son absence empêche l'évaluation médicale du conseil général, dans la mesure où celle-ci repose sur l'examen de ce certificat, souvent rempli sur un format défini par le conseil général.

[97] Dans plusieurs départements (Ain, Haute-Corse), l'expertise médicale se limite généralement à la production du certificat médical et est de fait largement déléguée aux médecins de ville. Aucune statistique ne permet d'apprécier la plus value du travail de relecture et de contrôle de cohérence du médecin du conseil général sur les certificats des médecins de ville et le nombre d'évaluations rectifiées. Le contenu des informations du certificat est confronté aux informations recueillies lors de la visite à domicile, afin d'aboutir à une évaluation cohérente du niveau de dépendance ou « GIR définitif » (Eure-et-Loir, Val-de-Marne).

[98] Dans l'Ain, où les médecins de ville sont les experts médicaux consultés dans le cadre de l'attribution de l'APA, les divergences entre l'évaluation du niveau de dépendance proposée par le médecin et celle établie par le travailleur social portent sur plus du quart des demandes annuelles d'APA dans ce département. Elles ne font pas l'objet d'échanges préalables directs entre le médecin départemental chargé de l'arbitrage et de la validation du GIR retenu et le travailleur social ayant rendu visite au demandeur, mais généralement avec le référent social de circonscription.

[99] En Eure-et-Loir, l'Igas a analysé les divergences entre le GIR établi par le médecin de ville et le GIR établi par le travailleur social se rendant à domicile. Sur 30 dossiers examinés par l'Igas, 15 aboutissent à des conclusions différentes entre le médecin de ville et le travailleur social. Dans 13 de ces cas, le GIR retenu en réunion de synthèse de l'équipe médico-sociale est celui du travailleur social<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Le médecin départemental tranche après un contact éventuel avec le référent de circonscription.

Tableau 1 : Etude des divergences GIR social/GIR médical en Eure-et-Loir

<b>Situation</b>	
Nombre de dossiers traités	30
Nombre de dossiers avec désaccord TS - médecin	15
<b>Parmi ces 15 dossiers avec divergence sur le niveau de GIR</b>	
Nombre de choix définitifs pour un GIR correspondant à un niveau de dépendance supérieur	10
Raisons évoquées parmi ces cas :	
- Observations des difficultés pratiques à domicile (transferts, préparation repas)	4
- Signalement d'une évolution rapide et préoccupante de la pathologie psychique (démences)	1
- Situation familiale défavorable, nécessité d'un soulagement de l'aidant	1
- Avis du médecin jugé peu fiable par le médecin de l'EMS ou informations médicales manifestement incomplètes	2
- Cas frontière GIR 4/5, choix GIR plus favorable car plan d'aide peu couteux	1
- Cas frontière GIR 4/5, choix GIR plus favorable pour éviter un changement d'administration de prise en charge	1
Nombre de choix définitifs pour un GIR correspondant à un niveau de dépendance inférieur	4
Raisons évoquées parmi ces cas :	
- Evolution positive de la pathologie (certificat médical fait lors de la sortie d'hospitalisation, visite du TS plus tardive)	2
- Démence de type Alzheimer à un stade précoce	1
- Avis du médecin jugé peu fiable par le médecin de l'EMS ou informations médicales manifestement incomplètes	1

Source : données calculées par la mission à partir de la réunion du 08/10/2008

[100] Dans un département (Ain), la production du certificat médical est rémunérée par le conseil général (cotation 2 C, soit 44 € au 01/12/2008). L'évaluation, faite sur la base d'un formulaire, comportant un aspect médical et une cotation de la grille AGGIR, est supervisée par les 4 médecins départementaux, qui se partagent 8 circonscriptions territoriales.

### 3.2.2. Les conséquences pour la qualité de l'évaluation du niveau de dépendance.

[101] Ces pratiques posent deux questions préalables :

- le médecin de ville est-il mieux ou moins à même d'établir une juste détermination du niveau de dépendance que le médecin du conseil général ? Aucun élément statistique ne permet d'étayer ce point de vue. Quand c'est le cas, la pratique systématique des évaluations par des médecins issue d'un même service du conseil général, partageant leurs connaissances semble constituer un atout. Rien ne conduit un médecin de ville à pénaliser un, demandeur d'APA dans l'appréciation du degré de dépendance. Le médecin est en outre soumis à une pression de la part du patient-client. Cette pression n'est limitée par aucun garde-fou compte tenu à la fois de l'origine publique de l'allocation et de l'absence de sanction en cas de détection d'un biais d'évaluation ;
- le médecin de ville est-il mieux à même d'évaluer le niveau de dépendance que le travailleur social se rendant à domicile ? Là aussi, les études précises manquent. On peut cependant observer que le remplissage de la grille AGGIR nécessite une connaissance des personnes âgées allant au-delà de celle de leurs pathologies pour apprécier l'environnement social et

familial de la personne, ses facultés de déplacements, son autonomie dans les gestes instrumentaux de la vie quotidienne. Un médecin de ville dûment formé, s'il se rend au domicile des demandeurs d'APA, peut parfaitement établir une appréciation juste du niveau de dépendance. L'importance des divergences constatées dans l'Ain et dans l'Eure-et-Loir entre les certificats des médecins de ville et les décisions finales incite à la prudence. En Eure-et-Loir, le médecin libéral chargé d'effectuer les contre-visites médicales a reconnu le manque de connaissance et d'intérêt de ses collègues, qui remplissent généralement le certificat en cinq minutes en fin de consultation.

[102] Dans un tel contexte, la consultation du médecin de ville - si elle peut se concrétiser utilement par un certificat médical - gagne à être encadrée par le conseil général et entourée de garanties de sérieux.

[103] La rémunération du certificat médical demandé par le conseil général peut constituer une première garantie pour s'assurer du sérieux de l'évaluation du médecin si elle est assortie d'une supervision et de contrôles de la part du financeur, et éventuellement de sanctions, en cas d'abus détectés. Toutefois, elle ne saurait être généralisée compte tenu de l'état des finances de certains départements.

**Recommandation n°21 : Organiser des formations à destination des médecins libéraux chargés de remplir les certificats médicaux demandés par les conseils généraux, éventuellement en partenariat avec leurs instances représentatives et de formation.**

**Recommandation n°22 : Mettre en place un guide méthodologique de remplissage du certificat médical à l'attention des médecins de ville du département, qui explicite les enjeux en cause et l'usage de la grille AGGIR.**

### 3.2.3. L'utilisation du certificat médical

[104] Plusieurs départements contrôlés utilisent le certificat médical produit par le médecin de ville pour rejeter les demandes d'APA lorsque la grille remplie par le médecin de ville aboutit à un GIR 5 ou un GIR 6. Le certificat est relu par le médecin du conseil général qui confirme (ou non) l'analyse en vérifiant rapidement sa cohérence et le niveau de GIR retenu. C'est le cas dans les Bouches-du-Rhône, l'Ain, ou la Haute-Corse. Ce choix s'éloigne de l'application du code de l'action sociale et des familles (CASF), qui prévoit une visite à domicile d'un membre de l'équipe médico-sociale pour toute demande.

[105] En fonction des priorités retenues, ce choix peut être apprécié de manière différente.

[106] Il peut être considéré comme justifié par un souci de bon management :

- les droits du demandeur ou du bénéficiaire d'APA sont normalement assurés par l'intérêt du médecin de ville de ne pas pénaliser son client, qui par ailleurs dispose toujours d'une voie de recours impliquant une visite à domicile ;
- limiter les visites à domicile permet de ne pas emboliser les services de demandes manifestement inappropriées. L'objectif recherché est ici de limiter l'instruction aux seules demandes éligibles (GIR 1 à 4) nécessitant un travail d'évaluation du niveau de dépendance et du contenu du plan d'aide et de raccourcir ainsi les délais de traitement.

[107] L'économie en temps de travail ainsi dégagée en évitant des visites à domicile pour ces demandeurs peut être notable en fonction de la part des demandes rejetées en GIR 5 et 6 dans le département. Cette part varie fortement d'un département à l'autre (*cf. tableau ci-après*). Sur un échantillon de départements, les taux de rejets pour GIR 5 ou 6 varient entre 6 et 19 % ; en moyenne pour 100 demandes favorables classées en GIR 1 à 4, on constate 11 rejets en GIR 5 ou 6.

Tableau 2 : Poids des décisions défavorables d'APA à domicile du fait d'un classement du demandeur en GIR 5 et 6 au 2<sup>ème</sup> trimestre 2008

	Ain	Deux Sèvres	Eure-et-Loir	Gironde	Mayenne	Meurthe - et - Moselle	Rhône	Seine Maritime	Val d'Oise	Yonne
Décisions favorables <sup>8</sup>	1105	775	1072	3658	448	2065	2182	3233	1305	733
Décisions défavorables pour GIR 5 et 6	73	179	77	411	28	186	423	215	155	65
Total des décisions	1178	954	1149	4069	476	2251	2605	3448	1460	798
Nombre de rejets GIR 5 / 6 pour 100 décisions favorables	7	23	7	11	6	9	19	7	12	9
Part des rejets GIR 5 et 6 sur le total des décisions prises	6%	19%	7%	10%	6%	8%	16%	6%	12%	8%

Source : DREES, données recueillies au 2<sup>ème</sup> trimestre 2008, hors APA forfaitaire, APA en urgence, et APA attribuée après recours contentieux ou précontentieux.

- [108] Le rejet sans visite à domicile sous motif de détermination d'un GIR 5 ou 6 par un médecin de ville peut aussi être considéré comme une différence de traitement peu justifiée au regard du droit universel inscrit par la loi du 21 janvier 2001. Les limites de la grille AGGIR sont connues (« reproductibilité modérée »<sup>9</sup>), les difficultés d'appréciation entre GIR 5 et GIR 4 aussi. Les conditions dans lesquelles les médecins établissent leurs certificats sont incertaines dans les départements contrôlés (visites systématiques à domicile ou non?). Multiplier le nombre d'évaluateurs<sup>10</sup> ne peut qu'accroître l'hétérogénéité des pratiques d'évaluation.
- [109] Or, l'ampleur des montants financiers distribués au titre de l'APA à domicile (plus de 3 Md € en 2007) implique une procédure d'attribution la plus objective possible. Faire réaliser - l'évaluation qui rend éligible à l'APA par un médecin de ville – sans réel contrôle possible pour homogénéiser les pratiques – comporte des risques. Il n'est pas nécessairement un spécialiste de la grille AGGIR (le médecin est un connaisseur des pathologies des patients-demandeurs d'APA), ni un bon connaisseur de l'analyse de l'environnement familial, matériel et social de la personne âgée. Rien ne permettrait de s'assurer que le médecin s'est rendu au domicile de la personne (les déplacements à domicile risquent de se réduire, du fait des évolutions de la démographie médicale<sup>11</sup>).
- [110] Sauf cas rare où le certificat médical pour l'APA donne lieu à une rémunération, la valeur de l'avis que les médecins rendent et l'utilisation qui en est faite n'est pas vraiment claire; dans bien des cas, le certificat est considéré comme une formalité administrative.

<sup>8</sup> Premières demandes, renouvellements et révisions.

<sup>9</sup> COLVEZ, ROYER, BERTHIE-MOURGAUD, POCIELLO, *Etude de la fiabilité de l'instrument AGGIR, enquête dans six départements*, Montpellier, novembre 2005, p.41.

<sup>10</sup> Potentiel de 230 000 médecins en France.

<sup>11</sup> La prise en charge du déplacement à domicile par l'Assurance-maladie est réservée aux personnes dans l'incapacité de se déplacer.

- [111] S'agissant des aspects financiers pour les conseils généraux, les économies de gestion réalisées en déléguant largement le rejet par GIR 5 ou 6 aux médecins libéraux sont minimes compte tenu des montants en jeu. Ainsi, dans un département moyen en terme de dépenses d'APA, comme l'Ain, les dépenses annuelles d'APA à domicile entre 2004 et 2007 s'élèvent à 13,8 M€ et mobilisent 11,7 travailleurs sociaux pour – entre autres tâches – les visites à domicile. Si des évaluateurs à domicile du conseil général devaient systématiquement se rendre au domicile des demandeurs estimés en GIR 5 et 6 par le médecin de ville (6% des demandes annuelles classées GIR 5 et 6 - cf. tableau ci-avant), le département devrait dégager de l'ordre de 0,7 ETP supplémentaires, soit un surcoût brut moyen de 31 000 €<sup>12</sup> par an (0,2% de la dépense annuelle d'APA à domicile). Une extrapolation au niveau national débouche sur une charge globale de l'ordre de 70 ETP pour l'application correcte de la loi.
- [112] En conséquence se pose la question, soit de revoir les textes pour les adapter à une pratique souvent constatée, soit de conforter l'application des textes en vigueur.

**Recommandation n°23 : Choisir entre deux options s'agissant des cas où le médecin de ville a estimé un demandeur, comme relevant d'un GIR 5 ou 6 : 1) soit supprimer le caractère systématique de la visite à domicile d'un agent du conseil général, ce qui allège la gestion interne et produit des économies d'effectifs 2) soit confirmer l'application des textes actuels, ce qui permet un traitement égal de tous les demandeurs et favorise la fiabilité des évaluations.**

### 3.3. Préciser les plans d'aide à domicile

#### 3.3.1. La méthode d'élaboration

- [113] Les plans d'aide des conseils généraux sont préparés par des travailleurs sociaux et se concrétisent pour le bénéficiaire ou le service d'aide à domicile par la notification d'aide avec l'intitulé d'une prestation assortie d'un montant en euros (pour l'aide à domicile, c'est un nombre d'heures qui est indiqué sauf en Haute-Corse). Les conseils généraux privilégient le choix de services prestataires, qui réalisent entre les trois quarts et les quatre cinquièmes des plans d'aide selon les départements (cf. annexe 2).
- [114] Des investigations de la mission, plusieurs constats peuvent être dégagés :
- Le « plan d'aide » est un concept rarement formalisé. Il peut se traduire concrètement soit par la notification de l'aide décidée, son montant, sa durée, qui est connue du bénéficiaire, soit par les notes prises sur une fiche d'évaluation interne par l'évaluateur à domicile, soit exceptionnellement par une page sur le logiciel informatique. Les données informatiques reprennent les mêmes informations dans le détail s'agissant des éléments quantifiés, et de manière résumée pour les autres.
  - Un seul des cinq départements visités opère la distinction subtile déduite de la réglementation entre le plan d'aide conçu comme optimum ou idéal (sans considérer la contrainte financière, en se basant sur l'évaluation multidimensionnelle des besoins), qui est arrêté en réunion médico-sociale et « la part du plan d'aide » solvabilisée par l'APA (appelée « plan d'aide valorisé »), après calculs des services administratifs et négociation avec le demandeur.
  - La prise en compte de la contrainte financière est partout présente dès la visite au demandeur pour l'élaboration du plan d'aide. Elle se traduit soit par l'estimation à l'issue de la visite du montant du plan envisageable et de la participation financière de l'intéressé, soit par une appréciation globale du coût à l'issue de la visite (plan d'aide « moyen », « petit », « grand » pour un GIR 4 par exemple), soit de manière explicite par des notes de service fixant des montants à respecter pour chaque GIR ou sous-catégorie à l'intérieur d'un GIR.

---

<sup>12</sup> Le coût brut moyen annuel d'un travailleur social a été estimé à 45 000 €.

- La rédaction des plans d'aide est souvent sommaire et encore manuscrite, ce qui ne facilite pas la supervision de la hiérarchie surtout quand le secret professionnel peut être allégué pour limiter la communication d'informations personnelles sur les demandeurs ou les bénéficiaires.
- Les plans ne distinguent pas besoins et solutions. Le risque est donc d'escamoter la phase d'identification et de quantification des besoins au profit d'une solution standard, celle d'un nombre d'heures d'aide à domicile à attribuer. Les besoins recensés (souvent de façon manuscrite) sont par ailleurs rarement communiqués au service d'aide à domicile choisi, alors qu'il serait parfois demandeur. Celui-ci procède alors à une nouvelle évaluation lors de la première rencontre. Certains conseils généraux transmettent la fiche de notification de l'aide et si nécessaire, une fiche de préconisations (Ain).
- Sauf exception, le compte rendu d'évaluation prévu à l'article R 232-7 du CASF pour les personnes en GIR 5 ou 6 non éligibles à l'APA n'est pas remis au demandeur.

[115] La mission a souvent constaté le sérieux et l'implication des travailleurs sociaux. A partir de ces atouts, des progrès dans les pratiques et méthodes de travail peuvent donc être recherchés afin d'améliorer la gestion et la qualité du service.

**Recommandation n°24 : Développer l'usage par les travailleurs sociaux d'outils informatiques (logiciels avec droits d'accès et équipement, ultraportables...) sur l'ensemble de leurs activités afin d'éviter les doubles saisies et de garantir un meilleur suivi des informations recueillies.**

**Recommandation n°25 : Transmettre par voie télématique aux services d'aide à domicile une fiche de préconisations sur les besoins et les fonctions à remplir dans le cadre de l'aide attribuée.**

### 3.3.2. Le cas particulier des aides techniques ponctuelles, aménagement du logement, accueil de jour, matériel à usage unique.

[116] Contrairement aux personnes en situation de handicap, les personnes âgées dépendantes ont essentiellement besoin d'un accompagnement humain pour les aider dans les actes de leur vie quotidienne. Il est légitime que les aides ponctuelles, moins onéreuses que les aides à domicile aux fonctions multiples (ménage, courses, aide au déplacement dans la maison...) ne constituent qu'une faible part des plans d'aides solvabilisés par l'APA.

[117] Dans la pratique, la mensualisation des versements de l'APA (les plafonds financiers nationaux sont mensuels) rend complexe le versement d'aides ponctuelles. Pour ces aides ponctuelles techniques (aides à l'aménagement de l'habitat) ou d'accueil (accueil de jour, hébergement temporaire), le versement à effectuer ne peut excéder le montant cumulé de quatre mensualités d'APA (D. 232-33 du CASF). En pratique, si aucune autre aide n'est en place les sommes consacrées doivent être au maximum égales à 4 fois le plafond mensuel du GIR correspondant. Sinon, les montants nécessaires pour ces aides ponctuelles sont imputés sur le cumul des *soldes mensuels* sur quatre mois maximum entre la partie régulière du plan d'aide valorisé (aide à domicile...) et le plafond mensuel du niveau de dépendance correspondant.

[118] Les modalités de versement sont variées : remboursements après service fait, souvent lissés sur 3 à 4 mois, qui sont effectués par le conseil général ; forfaits attribués par type d'aide, avec possibilité de contrôle des factures. Le système est complexe ; il ne tient pas compte des difficultés financières à court terme (trésorerie) de certains publics.

Tableau 3 : Exemple de valorisation de la prise en charge d'un aménagement d'habitat pour un bénéficiaire de l'APA

Montant mensuel du plan d'aide utilisé (aide à domicile)	250,00 €
Plafond mensuel GIR 4	519,64 €
Dont prise en charge du CG (après participation financière de l'intéressé)	225,00 €
Montant restant pour une aide ponctuelle	294,64 €
Montant de la participation financière (coef : 10%)	29,46 €
Solde mensuel restant après participation financière	265,76 €
Montant maximum utilisable (prise en compte sur 4 mensualités, art D232-33)	1063,04 €

Source : CG 28

- [119] Certains départements ont prévu au titre de leur action sociale facultative des aides spécifiques à l'aménagement du logement, en dehors du cadre de l'APA. Il en est ainsi dans le Val -de-Marne avec l'aide départementale à l'adaptation du logement (dispositif créé en 2006) qui subventionne à hauteur de 40 % du montant les travaux d'accessibilité pour des demandeurs isolés, une bonification étant attribuée en cas de réhabilitation collective.
- [120] Pour évaluer les besoins d'aide, ce sont les travailleurs sociaux qui sont mobilisés à l'occasion de la visite à domicile. Dans un département, une évaluation spécifique par un professionnel a lieu, et un plan de financement tous financeurs confondus est mis en œuvre, évitant les recouvrements de financements entre organismes publics.

#### Encadré 2 – traitement des aides ponctuelles à l'amélioration du logement dans le cadre de l'APA en Eure-et-Loir

En Eure-et-Loir, le conseil général a choisi de faire appel à une technicienne habitat pour évaluer directement chez la personne âgée le besoin d'aménagements intérieurs ou d'achats particuliers pour adapter le logement à l'état de santé des demandeurs de l'APA. Celle-ci intervient après la visite à domicile pour évaluer la perte d'autonomie et préparer un plan d'aide, et après la réunion de synthèse de l'EMS, si un besoin est repéré. En 2007, 434 visites ont été effectuées. Elle rapporte les constats de ses visites à domicile et ses recommandations en commission de proposition de l'APA et émet des recommandations de travaux d'aménagement reprises ou non par la commission.

L'intérêt de la formule retenue s'apprécie tant du point de vue du service rendu à la personne que de l'optimisation des fonds publics :

- les besoins d'aménagement sont repérés par une professionnelle sur place et discutés avec les familles, des opérations en urgence peuvent être organisées pour préparer un retour à domicile après une hospitalisation ;
- un plan de financement complet est établi et lancé dans sa mise en œuvre par la technicienne qui intègre les montants récupérables au titre de l'APA et les financements complémentaires des caisses de sécurité sociale (MSA, RSI, CNRACL...), de l'ANAH (commission départementale tenue par la DDE), de l'AGID (association pour les grands invalides) ou des organismes de logement social, en fonction de leurs pratiques. Ce plan est communiqué à la commission de proposition de l'APA.

Les dossiers de demande auprès de l'ANAH sont instruits par une association spécialisée « Habitat et logement », à partir des documents réunis par la technicienne. Les délais de finalisation d'un dossier d'aide financière à l'adaptation du logement peuvent être longs : 3 à 4 mois, la commission départementale de l'ANAH se réunissant mensuellement.

Source : IGAS (2009), extraits du rapport de site contrôle de la gestion de l'APA en Eure-et-Loir

**Recommandation n°26 : Veiller à la coordination des demandes de financements publics pour l'amélioration de l'habitat (aides du conseil général, de l'ANAH, d'autres collectivités territoriales, des principales caisses de sécurité sociale).**

3.3.2.1. Le suivi et la coordination dans la mise en œuvre des plans d'aide.

[121] Le suivi après délivrance de l'allocation par le service de l'APA est exceptionnel, il ne se fait qu'à l'occasion des révisions ou des renouvellements. Il n'a pas été mis en place de manière systématique auprès de la personne âgée dépendante de cahier de liaison pour assurer une bonne coordination des interventions. Or, ceci constitue un des critères de l'agrément qualité des services à domicile.



## 4. LA GESTION FINANCIERE

### 4.1. Veiller à une correcte imputation des dépenses

#### 4.1.1. Les différentes formes de l'«APA extraréglementaire»

[122] Par APA extraréglementaire, on entend les versements de prestations aux personnes âgées dépendantes complémentaires à l'aide fournie dans le cadre de l'APA, mais ne reposant pas sur une application stricte des textes législatifs et/ou réglementaires.

[123] Les montants d'«APA extraréglementaire» correspondent à des choix du conseil général : quand ces choix sont au moins pour partie de nature politique (cas du Val-de-Marne, avec l'allocation départementale d'autonomie), la mission a constaté qu'ils sont correctement isolés sur une ligne budgétaire spécifique. Mais à la connaissance de la mission, ce cas de figure est rare compte tenu des contraintes financières qui pèsent sur les collectivités territoriales.

[124] Quand les versements résultent de pratiques de gestion des services (pratiques connues ou non des élus), ils se fondent sur les lignes du compte administratif dédiées à l'APA à domicile (art L 3321-2 du CGCT) et ne peuvent être à ce jour distingués par la CNSA, qui finance une partie des dépenses à travers le fonds de compensation.

Tableau 4 : Mesures et choix de gestion « extraréglementaire » constatés pour l'APA à domicile

		01	13	28	2B
<b>Dépenses supplémentaires</b>	Absence d'écrêtement du montant des plans d'aide des dépassent les plafonds fixés par GIR (en cas d'augmentation des tarifs en cours d'année)	X	X		
	En cas de révision, versement rétroactif du montant du nouveau plan d'aide de l'APA dès la date de réception de la demande de révision pour aggravation de l'état de santé, sans s'assurer de la mise en place effective du plan d'aide.	parfois		X	X
	Prise en compte de frais de gestion pour la mise en place des aides et le suivi social des bénéficiaires	X			
	Versement rétroactif de l'APA dès le premier jour du mois où se tient la commission de proposition APA (soit avant date de notification)	X			
	Versement rétroactif de l'APA dès la date de dépôt du dossier de demande, à titre exceptionnel (soit avant la date de décision du CG 13) : substitut à l'APA d'urgence sociale ; pouvoir discrétionnaire des élus	X		X	X
<b>Atténuations de dépenses</b>	Non prise en compte en année n+1 des économies réalisées en année n sur la non-consommation des chèques CESU.				X

Source : constats de la mission Igas dans les départements concernés.

[125] Dans la plupart des départements, les cas d'«APA extraréglementaires» ne portent pas sur des montants élevés. Ce phénomène soulève surtout la question des moyens dont dispose la CNSA pour contrôler la régularité des états financiers déclarés (capacité à faire appel à des contrôles extérieurs, systèmes d'informations).

**Recommandation n°27 : Veiller à une imputation comptable correcte des dépenses.**

**Recommandation n°28 : Isoler sur une ligne budgétaire propre les dépenses relevant de choix du conseil général, en marge de l'application stricte des règles d'attribution de l'APA (« APA extraréglementaire »).**

**Recommandation n°29 : Confirmer dans les textes la possibilité pour le ministre et la CNSA de faire appel aux services d'inspection de l'Etat, pour contrôler et évaluer la mise en œuvre des prestations liées à la perte d'autonomie.**

#### **4.1.2. Le problème de l'APA forfaitaire, en cas de non respect des délais d'instruction.**

[126] Dans plusieurs départements, il n'est pas versé d'APA en cas de retard supérieur à 2 mois dans l'instruction et le demandeur se trouve pénalisé au regard d'une bonne application de la loi.

[127] Dans d'autres départements, l'allocation est versée de manière rétroactive – pour la période comprise entre le délai de 2 mois et la notification réelle du plan d'aide – pour un montant tel que défini dans le plan d'aide retenu en fonction du GIR validé par l'équipe médico-sociale. Il n'y a donc pas (ou plus) d'APA forfaitaire versée au bout du délai de deux mois d'un montant égal à la moitié du plafond du GIR 1, comme le prévoit le CASF. Dans un département, cette APA forfaitaire était considérée comme une avance, ce qui entraînait de lourdes procédures de récupération d'indus. Cette pratique d'avance systématique constitue cependant une désincitation à respecter les délais pour les services, les retards ne pénalisant *in fine* ni le Conseil général, ni le demandeur d'APA.

[128] Le montant de l'APA forfaitaire est égal à la moitié du plafond du GIR 1 (soit 606,25 €). Ce montant est en tout état de cause supérieur à celui du plafond pour un GIR 4, niveau de dépendance en moyenne majoritairement constaté pour les nouvelles demandes (519,64 €). Ne pas la payer ou appliquer un paiement rétroactif, dans la mesure où il concerne essentiellement des GIR 4, avantage donc financièrement les conseils généraux.

[129] L'organisation préconisée de contrôles se ferait tant dans l'intérêt des finances publiques que dans celui du respect des droits des assurés.

#### **4.2. Adapter les procédures de mandatement et de versement.**

##### **4.2.1. Des délais de mandatement spécifiques peu respectés dans l'ensemble dans le cadre d'une « procédure papier » avec la paierie.**

[130] Le délai de mandatement prévu à l'article R 232-30 du CASF en cas de versement direct de l'APA au bénéficiaire (à domicile ou en établissement) – avant le 10 du mois - n'est pas suivi dans les services contrôlés. Il est diversement respecté ; et, quand il l'est globalement (Bouches-du-Rhône), cela ne correspond pas à une volonté particulière, mais à un état des pratiques avec la paierie départementale.

**Recommandation n°30 : Organiser les relations avec la paierie de telle sorte que lorsqu'un versement direct au bénéficiaire est effectué, le mandatement puisse être réalisé dans la très grande majorité des cas avant le 10 du mois correspondant à la prestation.**

[131] Des choix locaux différents sont constatés pour l'envoi des pièces justificatives, mais dans tous les cas, le processus est lourd.

- [132] La dématérialisation des pièces justificatives jointes aux mandats émis dans le domaine de l'aide sociale constitue dès lors une priorité pour gagner en efficacité. Actuellement, les pièces exigées par la paierie sont constituées d'états papiers dont la manipulation pour le contrôle et les recherches n'est pas aisée compte tenu à la fois de la masse mensuelle des émissions et des critères de classement issus des applications informatiques de la collectivité (classement par nature de prestations et modes de paiement).
- [133] L'objectif de la dématérialisation est donc de fluidifier les échanges de documents en évitant les procédures papier pour réduire les coûts d'édition, sécuriser la transmission et la manipulation des informations, faciliter le stockage des documents et enfin, permettre la consultation directe par le comptable pour les besoins du contrôle des fichiers de liquidations via un accès informatique dédié.
- [134] Le projet développé par le ministère chargé des finances (direction générale des finances publiques) est porté avec des objectifs de mise en œuvre variables selon les départements (2009, 2011...)

**Recommandation n°31 : S'engager dans tous les départements de manière active dans le processus lancé par la DGFIP de dématérialisation des pièces justificatives pour l'APA et l'aide sociale en général.**

#### **4.2.2. Un public particulier, les personnes âgées, qui nécessite des modalités particulières de versement**

- [135] Le tiers-payant, mécanisme qui permet d'éviter l'avance des dépenses pour le bénéficiaire d'une prestation telle que l'APA, se trouve être une solution pratique pour faciliter la mise en place d'aides chez des personnes âgées, d'où l'intérêt du paiement direct à l'association ou à la structure (avec des mécanismes d'avances si besoin), et du CESU pour le paiement d'un emploi en gré-à-gré ou de prestation de service.
- [136] Les mécanismes de tiers payant peuvent paraître moins transparents pour le bénéficiaire. Dans ces cas, et de manière générale, il serait utile d'organiser une information annuelle sur les montants d'APA versés à chaque bénéficiaire. Cette information viserait d'une part, à préciser aux personnes âgées et à leurs familles - contribuables locaux - le montant des aides consenties par les conseils généraux et d'autre part, à faciliter la prise en compte de ces éléments dans leur situation fiscale (réduction ou crédit d'impôts<sup>13</sup>).
- [137] Elle serait également notifiée à l'administration fiscale pour être, si possible, intégrée dans la déclaration de revenu pré-remplie.

**Recommandation n°32 : Généraliser l'information annuelle sur les sommes reçues au titre de l'APA à domicile (dont le total des participations financières personnelles consenties) et de l'APA en établissement (tarif dépendance).**

---

<sup>13</sup> Cf. d'une part, la réduction ou le crédit d'impôt égal à 50% des sommes réellement dépensées pour un service d'aide à domicile mais retenues dans la limite de 12 000 € (15 000 € la première année), montant majoré de 1 500 € par membre du foyer fiscal âgé de plus de 65 ans, sans pouvoir dépasser au total 15 000 € (soit un avantage fiscal maximal de 7 500 €) ; d'autre part, la réduction d'impôt en cas d'hébergement en maison de retraite de 25 % des dépenses liées à la dépendance et à l'hébergement restant à la charge du contribuable, dans la limite de 10 000 € par personne hébergée, avec une réduction maximale de 2 500 €.

### 4.3. *Optimiser le contrôle de l'utilisation des dépenses*

#### 4.3.1. **Les choix d'organisation**

[138] L'article R 232-31 fixe une liberté d'organisation complète au département pour exercer ce qui constitue cependant une obligation : le contrôle d'effectivité des mesures du plan d'aide financé pour partie par l'APA.

4.3.1.1. Une grande variété constatée dans les méthodes de contrôle d'effectivité retenues.

[139] Hormis lorsque la télégestion ou le CESU sont en place, il n'existe pas de contrôle rigoureux de l'effectivité des aides à domicile ; les feuilles de présence signées des bénéficiaires sont collectées par les structures prestataires et sont vérifiées selon le bon vouloir du management de la structure. Or, 80% des dépenses d'APA à domicile des conseils généraux sont réalisées avec ce type d'aide.

[140] Dans la plupart des départements que la mission a contrôlés, les factures pour les aides ponctuelles (qu'elles soient payées après service fait ou non) doivent être envoyées trimestriellement. Elles sont collectées par le département, et sont dans le meilleur des cas l'objet d'un contrôle systématique efficace mais lourd à organiser et peu valorisant pour les agents concernés. Ce contrôle a permis dans un département des récupérations d'indus d'un montant de 494 204 € en 2006 et 483 715 € en 2007 (contre 0 € en 2005). Dans un département, le contrôle d'effectivité est réalisé à l'occasion de la révision du dossier et avant une nouvelle visite à domicile ; les factures reçues au fil de l'eau sont stockées dans une armoire dédiée.

[141] Dans tous les départements visités, les aides à domicile sous forme d'emploi direct en gré-à-gré sont considérées comme source d'un risque de fraude plus important. Ces aides font l'objet d'une attention particulière. Le contrôle de la qualité d'employeur en liaison avec l'URSSAF est peu efficace, compte tenu de l'absence de liaison dématérialisée.

4.3.1.2. L'usage du chèque emploi service universel

[142] Le chèque Emploi Service Universel (CESU) a succédé au titre emploi service créé en 1992. Il a pour objectif de faciliter l'emploi de personnes pour des services à domicile : pour le particulier employeur, il remplace le contrat de travail et la déclaration à l'Urssaf ; cette dernière se fait par un circuit de back office entre la banque émettrice et l'ACOSS. Le particulier employeur demande un chéquier CESU à sa banque, et paie son employé par un chèque à son nom où il mentionne le nom et le numéro de sécurité sociale du salarié, et le montant à verser. L'employé dépose ce chèque pour toucher sa rémunération (nette de cotisations), et la banque émettrice transmet ces informations à l'Urssaf qui émet trimestriellement la facture des cotisations salariales et patronales à payer et l'envoie au particulier employeur.

[143] Ce processus fonctionne également par télématique, la déclaration de l'employeur se faisant par internet à l'URSSAF compétente et le règlement du salaire par virement au compte bancaire du salarié. L'URSSAF prélève les cotisations sociales sur le compte bancaire de l'employeur et adresse son bulletin de salaire au salarié.

[144] Le CESU peut également être prépayé et donné à une personne pour qu'elle puisse l'utiliser pour des services à domicile : le « tiers payant » peut être soit une entreprise, comme les chèques vacances, ou une administration dans le cadre de l'aide sociale.

[145] Une attestation annuelle de l'URSSAF permet d'obtenir une réduction d'impôt sur le revenu.

- [146] L'intérêt pour un conseil général de distribuer l'APA sous forme de CESU plutôt que sous forme d'allocation monétaire versée tous les mois de façon automatique, est de faciliter le contrôle d'effectivité : seule l'aide réalisée et payée par le CESU sera débitée au conseil général. Le Conseil général n'a plus de contrôle d'effectivité à faire, ni d'indu à récupérer. Cela fait des gains de gestion importants, à la fois humains et financiers. Ces économies couvrent largement les frais de gestion dus à l'émetteur de CESU.
- [147] Dans le cas du gré à gré, le CESU permet un contrôle d'effectivité, qui, sinon, est très difficile. Dans le cas de l'intervention d'associations prestataires, le recours à la télégestion est beaucoup plus efficient que l'utilisation du CESU.
- [148] Il reste néanmoins des difficultés :
- le CESU prépayé permet de régler l'aidant à domicile pour son salaire net, mais non pour l'instant la facture trimestrielle de l'Urssaf. Des travaux sont en cours pour trouver une solution à ce problème en lien avec l'ACOSS.
  - Une autre difficulté est celle du respect du libre choix du bénéficiaire : l'article L 232-15 du CASF prévoit l'accord du bénéficiaire. Le conseil général peut essayer d'obtenir cet accord dans le dossier de demande, mais il serait préférable de lever cet obstacle par un aménagement des textes. L'esprit de la loi est d'assurer le libre choix de l'intervenant plus que la modalité de paiement. Il paraît important de chercher à simplifier les formalités administratives, tant des bénéficiaires que de l'administration.

**Recommandation n°33 : Développer l'usage du CESU essentiellement pour l'emploi direct et élaborer un circuit de prépaiement des cotisations sociales.**

**Recommandation n°34 : Permettre au président du conseil général de déterminer des modalités de règlement présentant des garanties d'efficience et d'efficacité tels que les CESU dans le cadre d'un emploi direct ou la facturation directe au prestataire.**

#### 4.3.1.3. La télégestion, garantie de l'effectivité des aides à domicile

- [149] Deux des cinq départements visités par la mission ont contracté un marché avec un prestataire privé pour gérer l'effectivité des prestations au domicile des personnes âgées (et/ou handicapées). Les objectifs définis dans les cahiers des charges consultés sont de contrôler efficacement les prestations effectuées, avec un prestataire assurant un suivi personnalisé en temps réel, permettant au financeur de fournir une facturation et un certain nombre d'éléments statistiques.
- [150] A l'aide d'un numéro de téléphone gratuit, l'employée à domicile doit ainsi contacter à son arrivée chez la personne âgée un serveur vocal, taper son numéro d'identification et reproduire cette opération à la fin de son service. Le serveur vocal enregistre les informations nécessaires comme le lieu et la durée de prestation et les transmet ensuite à une application informatique pour la facturation.
- [151] Dans les Bouches-du-Rhône, 1 ETP assure la gestion des factures de 140 prestataires (contrôle, saisie dans le logiciel de gestion du conseil général, transmission pour mandatement à la direction des finances, soit 290 factures par mois en moyenne).
- [152] En Haute-Corse, le coût de la télégestion représente de 1,3 % du montant des factures réglées aux services prestataires. L'économie réalisée par la télégestion, grâce au contrôle de l'effectivité de la réalisation des heures d'aide, serait de l'ordre de 13%.
- [153] La télégestion apparaît donc, sous réserve de vérification dans d'autres départements, comme un instrument majeur de bonne gestion, par le double effet du contrôle d'effectivité et de la dématérialisation des facturations.

[154] Des progrès n'en restent pas moins à réaliser encore pour la rendre pleinement efficiente, puisque l'on constate dans un département l'inutile addition pour les associations prestataires de la télégestion et de CESU, dans un autre l'envoi de factures papier, sans évoquer d'autres points comme le mode de prise en compte de l'hospitalisation.

**Recommandation n°35 : Développer les procédures de télégestion pour les structures prestataires.**

**Recommandation n°36 : Généraliser le contrôle d'effectivité.**

**Recommandation n°37 : Mener des enquêtes sur les modalités du contrôle d'effectivité et diffuser les pratiques intéressantes.**

#### **4.3.2. Le contrôle des structures prestataires et mandataires**

[155] Le contrôle des structures d'aide à domicile n'est pas généralisé. Seuls des départements importants l'ont mis en œuvre en l'axant généralement sur le contrôle financier et administratif, souvent dans une optique de tarification individualisée.

[156] Dans une région, des contrôles réguliers sont organisés par la caisse régionale d'assurance maladie sur les structures d'aide à domicile qu'elle finance, mais ils portent spécifiquement sur le financement de la caisse, sans approfondissement de l'articulation des divers financements des structures, ni liaison avec les conseils généraux également financeurs.

[157] Ce contrôle n'est généralement pas articulé avec un contrôle qualité qui reste exceptionnel<sup>14</sup>.

**Recommandation n°38 : Développer des contrôles des financeurs locaux conjoints sur les structures d'aide à domicile.**

---

<sup>14</sup> Cf. mission Igas en cours au 1<sup>er</sup> semestre 2009 sur la qualité des services à domicile.

## 5. LA REGULATION ET LA TARIFICATION DES SERVICES D'AIDE A DOMICILE ET DES EHPAD

[158] La réglementation relative à la tarification des services d'aide à domicile pour les personnes âgées a été profondément bouleversée depuis 2002. La loi du 2 janvier 2002 et son décret d'application du 22 octobre 2003 portant sur les règles budgétaires, comptables, financières et tarifaires des établissements et services médico-sociaux ont fait entrer sous le régime de la tarification les services d'aide à domicile non médicalisés. Puis, la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne a ouvert à la concurrence le marché des services à domicile et créé une procédure parallèle et relativement rapide d'agrément des services à domicile.

[159] Les montants des aides financées par l'APA dépendent de l'application des règles de tarification pour chaque prestation (aide à domicile en semaine, de nuit, les dimanches et jours fériés).

### 5.1. Une double complexité

#### 5.1.1. La dualité de procédures : autorisation ou agrément

[160] La première complexité vient de l'existence de deux procédures : la procédure d'autorisation du conseil général et la procédure d'agrément, ouverte dans le cadre du développement des services à la personne<sup>15</sup>.

- La procédure d'autorisation est nécessaire pour toutes les structures voulant rendre des services financés par le conseil général (prestations telles que l'APA).
- La procédure d'agrément des services de l'Etat (DDTEFP jusqu'à présent) est facultative pour tout service à la personne et permet à la structure d'obtenir des allègements fiscaux et sociaux. Pour des services destinés à des publics fragiles (dont les personnes âgées), un agrément dit « de qualité » est obligatoire pour exercer. Pour l'obtenir, la structure doit attester remplir les conditions d'un cahier des charges visant à garantir la qualité des prestations délivrées. Un avis du conseil général est en outre demandé avant délivrance de l'agrément.

[161] Sur le plan réglementaire, les services agréés sont libres de leurs prix alors que pour les services autorisés, un tarif administré est pratiqué. Ce dernier peut être individualisé et sert de base au remboursement des prestations financées par l'APA.

[162] Cette coexistence de deux procédures est trompeuse pour le bénéficiaire :

- Les termes « autorisés » et « agréés » sont confus de l'extérieur et ne renseignent pas sur la qualité du service. Ils laissent à penser que, par contraste, les services autorisés ne sont pas agréés, alors que l'article L.7232-5 du code du travail précise bien que « *l'exigence de qualité nécessaire à l'intervention de ces associations, entreprises et établissements publics [agréés] est équivalente à celle requise pour les mêmes publics par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [services autorisés]* »

---

<sup>15</sup> Les deux procédures étaient cumulatives avant 2005 si l'on souhaitait que les services délivrés pour les personnes âgées puissent être financés avec le concours de l'APA. Désormais, un droit d'option existe.

[163] Si le bénéficiaire de l'APA (aidé de ses proches) a le libre choix du prestataire, il ne connaît que rarement la différence entre service autorisé et service agréé<sup>16</sup>. Ces deux procédures peuvent avoir des conséquences différentes sur le remboursement. Un service agréé est en principe libre de ses prix, le remboursement a pour base un tarif de référence fixé par le conseil général. Les services autorisés, sont précisément autorisés à obtenir un tarif individualisé, sur la base duquel le conseil général remboursera les prestations d'APA... Ainsi, si la personne âgée choisit un service agréé dont le tarif d'heure à domicile est supérieur au tarif de référence à partir duquel elle est remboursée dans le cadre du plan d'aide de l'APA, elle doit avoir conscience qu'elle peut avoir à supporter la différence entre le tarif de remboursement de l'APA et le tarif de la structure, et ce, même si le plan d'aide APA mentionne l'absence de participation financière de l'intéressé.

[164] Dans les départements, urbains notamment, où les services d'aide à la personne se sont multipliés, un système à deux vitesses est en place : coexistent des structures qui peuvent refuser de jouer la vérité sur les prix et leurs coûts de revient et d'autres, plus transparentes, celles autorisées par le conseil général qui peuvent avoir des tarifs plus élevés – parfois du fait d'une politique qualité propre – que les services agréés sans qu'elles en retirent un quelconque avantage. En outre, leurs coûts administratifs peuvent être plus lourds, du fait du contrôle plus rigoureux parfois constaté sur leurs budgets.

**Recommandation n°39 : *A minima*, changer les appellations « services agréés » « services autorisés » au profit de termes plus conformes à la réalité, par exemple « services agréés pour des publics vulnérables » pour les premiers et « services agréés pour des publics vulnérables au tarif conventionné par le conseil général » pour les seconds.**

[165] L'unification des modes d'autorisation de ces services paraît à bien des égards souhaitable, un rapport de l'IGAS portant sur les procédures de qualité dans les services à domicile doit examiner cette question au 1<sup>er</sup> semestre 2009.

**Recommandation n°40 : Envisager l'unification des procédures d'agrément et d'autorisation des services d'aide à domicile aux personnes fragiles.**

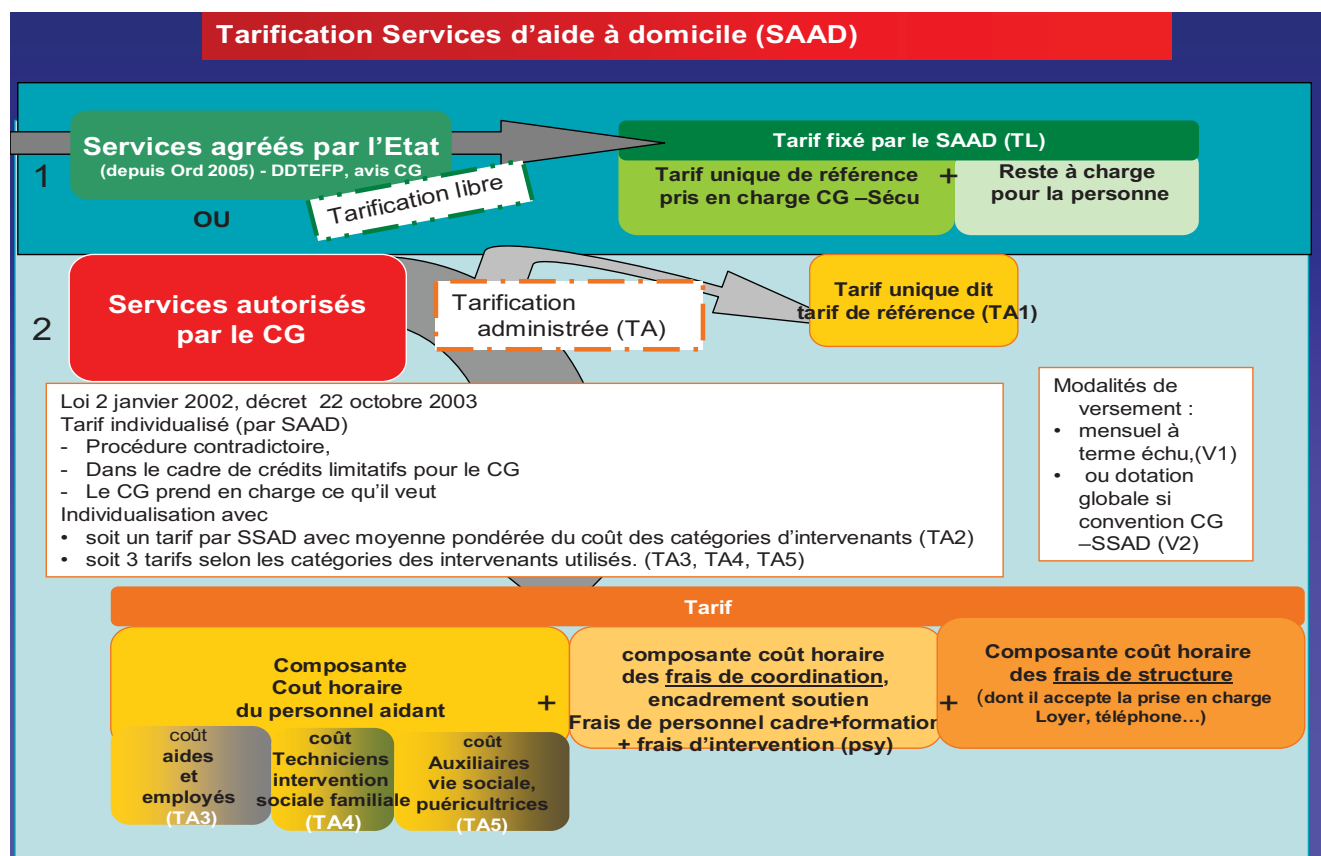
### 5.1.2. Une variété des modes de tarification

[166] Six modes de tarification sont possibles : le tarif de référence pour remboursement des prestations sociales telles que l'APA dans le cadre des services agréés libres de leurs prix, créés par la loi de 2005 ; le tarif de référence unique pour les services autorisés (TA1 dans le tableau ci-dessous), le tarif individualisé par service avec moyenne pondérée des intervenants (TA2), et trois tarifs par catégorie d'intervenants (aides et employés - TA3 - ; techniciens d'intervention sociale et familiale - TA4 - , auxiliaires de vie sociale - TA5 -).

<sup>16</sup> la circulaire commune ANSP/DGEFP/DGAS 1-2007 du 15 mai 2007 (page 40 point 5.2.1.3) sur l'information sur les bénéficiaires des prestations selon laquelle "il est indispensable que les services prestataires concernés par le droit d'option inscrivent clairement, sur chaque contrat qu'ils signent, le régime applicable à celui-ci, en y portant l'une des deux mentions suivantes « prestations de service soumise à la réglementation applicable aux services autorisés et tarifés par le Président du Conseil général » ou « prestation de service soumise aux dispositions de l'arrêté annuel fixant le taux d'évolution des prix, prévu à l'article L. 347-1 du code de l'action sociale et des familles » est à la fois inopérante (l'information intervient une fois le choix du prestataire effectué) et inappliquée dans les départements contrôlés.



Schéma 1 : procédures d'agrément et types de tarifications associées



Source : Schéma réalisé par la mission IGAS, à partir de la réglementation existante et des études sur la tarification de la CNSA.

- [167] La mission a constaté la mise en œuvre de tous les modes de tarification possibles :
- pour les services agréés, le prix est librement fixé par la structure, mais en pratique il se cale souvent sur le tarif de référence, s'il existe, décidé par le Conseil général ;
  - pour les services autorisés, un tarif de référence unique demeure dans les départements qui ne souhaitent pas faire jouer la concurrence par les prix (le Val-de-Marne subventionne certaines associations dans le cadre d'un programme de qualité pour compenser la différence avec le prix de revient) ;
  - toujours pour les services autorisés, le tarif individualisé est mis en œuvre sous la forme d'une moyenne pondérée des coûts des différents intervenants (Bouches-du-Rhône, Eure-et-Loir) ;
  - les tarifs individualisés par catégorie d'intervenants (donc 3 tarifs) ont été constatés dans un département (la Haute-Corse). Cependant, dans la première année de mise en œuvre, le Conseil général n'a remboursé que sur la base du tarif le plus faible.
- [168] Ainsi, l'individualisation en fonction du coût horaire du type de personnel aidant, même quand elle est prévue, n'est pas réellement mise en œuvre. Elle est généralement jugée lourde et impraticable (TA 3, TA 4 et TA 5 sur le schéma *supra*). Les plans d'aide comme les disponibilités d'intervention ne sont pas prévisibles par catégories. De plus, cela induit une rigidité dans la gestion des plannings des personnels des services prestataires souvent contradictoire, voire incompatible avec leur souci de qualité du travail de leurs employés.

[169] Techniquement, il faudrait identifier pour chaque heure à domicile le type d'intervenant qui s'est déplacé, ce qui ne serait possible que dans le cadre de procédures de contrôles d'effectivité de type télégestion où les aidants seraient distingués par catégorie.

[170] Cette procédure reviendrait en outre systématiquement à mieux rémunérer une prestation en fonction du niveau de qualification et d'expérience, et à considérer qu'une meilleure qualification entraîne nécessairement une meilleure qualité du service. Selon certains des interlocuteurs rencontrés, cette concordance n'est pas si clairement établie s'agissant d'un service d'accompagnement personnalisé.

## 5.2. *Un processus de tarification long et qui ne s'appuie pas encore sur des références partagées pour éclairer les choix des conseils généraux*

### 5.2.1. **Des arrêtés de tarification rarement produits au 1<sup>er</sup> janvier de l'année.**

[171] L'exercice de tarification des établissements médico-sociaux comme des services d'aide à domicile compétents pour les personnes âgées est annuel. L'article R. 314-4 du CASF fixe pour les établissements et services médico-sociaux un exercice budgétaire et comptable compris entre le 1er janvier et le 31 décembre d'une même année. Il suppose la tarification fixée avant le 1er janvier de l'exercice auquel elle se rapporte et prévoit un mécanisme de transition si tel n'est pas le cas.

[172] Pour éviter les révisions de plans d'aide, tous les départements visités s'efforcent de donner la priorité au traitement des EHPAD et des prestataires de services d'aide à domicile pour que les arrêtés de tarification sortent en début d'année. Rares sont les départements arrivant à cet objectif, mêmes si la plupart des arrêtés ou délibérations du Conseil général sont émis au cours du 1<sup>er</sup> trimestre. Or, ces retards obligent à des compléments de tarification imputés sur les factures à venir qui sont ardues à comprendre pour les usagers.

Tableau 5 : Exemple de l'Eure-et-Loir, dates des arrêtés autorisant les tarifs des services d'aides à domicile « autorisés »

SADS traditionnels « autorisés »	Prestation	"tarif horaire moyen unique" en €	date de l'arrêté de notification
CODAPA		18,97	28/12/2007
CCAS Chartres		22,46	31/01/2008
ADMR	pour l'activité PA-PH famille	19,63	30/01/2008
SADS Châteaudun	service de jour	18,55	25/03/2008
SADS Châteaudun	service de nuit	21,28	25/03/2008
CCAS Dreux <sup>17</sup>		17,24	28/02/2008

Source : arrêtés de notification 2008

[173] La mission a noté dans un département (Eure-et-Loir) qu'une commission, composée notamment d'élus de la commission des finances et de la commission sociale, valide les propositions de tarification des services (et des établissements) dans une réunion mensuelle en novembre et décembre, et les soumet à la signature du président du conseil général.

<sup>17</sup> Les CCAS ont en général des tarifs élevés, compte tenu des conventions collectives qui s'appliquent à leur personnel. Ce tarif plus faible s'explique par la gratuité des locaux dont bénéficie le CCAS hébergé par la mairie.

### 5.2.2. Des indicateurs d'activité et de performance encore en construction

[174] L'arrêté du 28 février 2007 du ministre chargé des personnes âgées fixant une liste d'indicateurs pour évaluer les coûts et la performance des services d'aide à domicile n'était connu dans aucun des quatre départements contrôlés, lors de la visite de la mission.

[175] Ce constat n'est pas surprenant compte tenu de l'absence d'outil de diffusion généralisée de l'information et d'échanges de bonnes pratiques<sup>18</sup> hormis la publication au bulletin officiel du ministre de la santé et des affaires sociales. L'usage de l'outil réglementaire sur un tel sujet, technique, pose problème s'agissant d'une politique sociale décentralisée. En la matière, le respect de l'article 72 de la constitution (libre administration des collectivités territoriales, celles-ci ayant un pouvoir réglementaire propre) exigerait une retenue de la part de l'administration d'Etat et la fin de la production d'arrêtés qui comme c'est le cas en l'espèce, ont toutes les chances de rester sans effet.

**Recommandation n°41 : Privilégier à l'avenir la formule des recommandations (*soft law*) à celle des arrêtés détaillés s'agissant de points techniques particuliers portant sur les modalités d'organisation entre conseils généraux et établissements et services médico-sociaux.**

Tableau 6 : Liste des indicateurs à renseigner par les services d'aide à domicile, à destination des autorités de tarification.

No 1. - Répartition des populations par classe d'âge et par sexe
No 2. - Répartition des populations par conditions de cohabitation
No 3. - Durée moyenne de prise en charge
No 5. - Indicateur de qualification (écarts de répartition entre les qualifications au sein d'une même catégorie et entre les catégories)
No 6. - Indicateur de vieillesse technicité
No 7. - Coût de structure (analyse des coûts non directement liés au service à l'utilisateur)
No 8. - Indicateur relatif à la fonction d'encadrement
No 9. - Indicateur relatif au transport du personnel
No 11. - Indicateur de temps actif mobilisable
No 12. - Coût d'intervention
No 13. - Indicateur du temps de formation
No 14. - Indicateur de fractionnement des interventions
No 15. - Indicateur relatif au bénévolat (nombre d'heures de bénévolat/bénévole)
No 16. - Indicateur relatif au temps institutionnel

Source : Arrêté du 28 février 2007 fixant les indicateurs des services d'aide à domicile (SAD) et leurs modes de calcul pris en application de l'article R. 314-29 du code de l'action sociale et des familles

[176] Les conseils généraux ont fixé leurs propres grilles d'analyse de l'activité et de la performance des services d'aide à domicile. Dans les cas rencontrés, les échanges entre le conseil général et les structures d'aide à domicile nécessitent que ces dernières, en particulier lorsqu'il s'agit d'associations, s'engagent dans l'établissement d'une comptabilité analytique. Ceci constitue un changement majeur, souvent lent à mettre en œuvre pour des structures de taille modeste.

<sup>18</sup> Le lien avec les « correspondants APA » qu'a connu la DGAS entre 2002 et 2004 s'est distendu avec le temps, sans que la CNSA n'ait pris le relais.

### 5.3. *L'impact de la concurrence sur un secteur en transformation.*

- [177] Les complexités rencontrées en matière de tarification reflètent les tensions résultant de l'ouverture à la concurrence d'un secteur économique très administré, face à une demande potentielle croissante à moyen terme.
- [178] Le secteur des services d'aide à domicile (pour les personnes âgées du moins) ressemble ainsi à un « quasi marché », dont les traits varient d'un département à l'autre :
- concurrence monopolistique dans la plupart des départements ruraux où les associations historiques dominent le marché (situation où se rencontrent beaucoup de demandeurs et une offre concentrée par quelques fournisseurs, chaque structure offreuse peut alors ignorer les réactions des autres, les barrières à l'entrée et à la sortie demeurent élevées) ;
  - dans certaines grandes agglomérations ou départements urbains, la situation a évolué vers un état de concurrence qui se rapproche du modèle-type de concurrence pure et parfaite (à l'exception d'une faible transparence du rapport qualité-prix).
- [179] Ainsi la situation de marché dans les Bouches-du-Rhône réunit trois des cinq conditions de la théorie économique : atomicité (grand nombre d'offreurs et d'acheteurs), homogénéité du produit (service en apparence semblable), mobilité des facteurs de production (au moins valable pour le facteur travail, le secteur n'étant pas capitalistique). Seules ne sont pas complètement remplies les conditions de liberté d'entrée et de sortie (importance des structures agréés, en forte croissance depuis 2005, mais tarifs administrés pour une partie des structures, voire toutes (cf. ci-après)) et de transparence d'informations (le manque de transparence est fort, aucune partie n'ayant fait d'efforts pour qu'il en soit autrement).
- [180] Dans ce secteur économique, il existe de multiples limites à une ouverture totale du marché.
- [181] La première limite vient des procédures de tarification, d'autorisation ou d'agrément qui se justifient par le financement public pour des personnes vulnérables
- [182] La deuxième limite, majeure par ses conséquences sur les coûts du travail et les prix de revient pour chaque type de structure, est l'existence d'une convention collective applicable aux associations d'aide à domicile et l'absence à ce jour de convention collective commune et aux dispositions comparables dans les entreprises du même secteur. La convention en vigueur pour les établissements et services médico-sociaux n'a pas été étendue aux entreprises d'aide à domicile.
- [183] La question est de savoir si d'autres restrictions, quand elles ne sont pas prévues dans le cadre réglementaire mais sont constatées localement, sont justifiées ou non par des motifs d'intérêt général de la part des pouvoirs publics.

#### 5.3.1. **Un accès au marché limité.**

- [184] La mission a relevé la pratique de réunions de concertation entre les travailleurs sociaux, les établissements de santé et médico-sociaux et les services d'aide à domicile qui de fait régulent (ou ferment) le marché. En Eure-et-Loir, ces réunions sont organisées par les SSIAD principalement, soucieux d'accélérer la sortie des établissements de santé vers les services d'aide non médicalisés et de pouvoir répondre aux nouveaux besoins d'interventions. Y participent activement les deux centres hospitaliers, désireux d'éviter l'embolie des urgences ou du service de gériatrie à Chartres. Dans un secteur géographique, la coordination est assurée par un CCAS lui-même, également prestataire de services d'aide à domicile.

[185] Sont invités à ces réunions, les assistantes sociales de l'APA (qui aident au choix du prestataire ou du mandataire) et les services d'aide à domicile. Toutes les structures prestataires sont de nouveau à ce jour membres de ces réunions mensuelles, mais tel n'a pas été toujours le cas. Une entreprise nouvellement installée a ainsi attendu un an avant de pouvoir faire partie de ces réunions. Elle a dû « faire ses preuves » et des démarches pour être intégrée au groupe de coordination des acteurs. Ces derniers régulent implicitement le marché, dans des conditions peu transparentes, n'hésitant pas si besoin à exclure une structure et donc à créer une barrière d'entrée de fait, limitant ainsi la part de marché du nouvel entrant, part fortement influencée par les conseils que reçoivent personnes âgées et familles de la part des professionnels rencontrés.

[186] Dans l'Ain, des associations-pivots sont chargées par convention (rémunérée) avec le Conseil général d'organiser la mise en œuvre du plan d'aide et son suivi dans la durée. Il s'agit là de missions ailleurs pour partie remplies par les travailleurs sociaux du Conseil général. Le risque est dès lors de créer des relations particulières entre des associations historiques, bénéficiant de relations de travail régulières avec le département et les travailleurs sociaux qui conseillent les personnes âgées au moment de la définition du plan d'aide. Ces « associations pivots » peuvent être prestataires et chargées du suivi social pour le compte du Conseil général. Un conflit d'intérêts pourrait résulter de ce double rôle, on voit difficilement une association pivot orienter des bénéficiaires de l'APA insatisfaits vers une structure qui n'est pas labellisée « pivot », un nouvel entrant sur le marché par exemple.

### 5.3.2. Une information peu transparente

[187] Les arrêtés de tarification sont publics, mais ne font l'objet d'aucune publicité particulière à destination des personnes intéressées, les personnes âgées bénéficiaires de l'APA. Un site internet recense nationalement les services pour les seniors, structure par structure. Le remplissage des données étant réalisé par les structures elles-mêmes, il est très aléatoire. Rares sont les cas où les tarifs sont détaillés.

[188] Les familles présentes lors des demandes d'APA – elles aident à la constitution du dossier de demande dans 87% des situations selon une étude réalisée dans le Val-de-Marne – sont alors confrontées souvent dans l'urgence à des choix largement faits « à l'aveugle ».

[189] Le manque de transparence sur la nature et les tarifs des services du point de vue des demandeurs et bénéficiaires de l'APA crée des situations d'asymétrie d'informations :

- Les conseils généraux disposent généralement d'une liste des services d'aide à domicile diffusée lors des visites à domicile. Le libre choix de la structure d'aide à domicile tel que posé par la loi est donc aiguillé par des documents élaborés en interne par les services administratifs concernés. Dans les Bouches-du-Rhône, la liste n'est pas complète<sup>19</sup>, comme son intitulé ne le précise pas, y figurent les structures vues par le Conseil général en entretien et qui ont signé un engagement à respecter le tarif de référence du département comme prix au client final, la personne âgée. Sauf à être exclu de la liste remise aux familles, les services agréés voient leur liberté tarifaire annulée en pratique. Aucun suivi n'est toutefois réalisé de l'engagement signé par le responsable de la structure. L'information délivrée au bénéficiaire de l'APA est donc partielle et incomplète. Cependant, cette pratique répond aussi au souci d'éviter au bénéficiaire de l'APA d'avoir à payer des suppléments tels que le différentiel service agréé – service autorisé, ou des frais de déplacement, ou de gestion hors du cadre du plan d'aide.
- En tout état de cause, les interlocuteurs rencontrés ont tous signalé le rôle central de l'évaluateur à domicile pour orienter les personnes âgées vers tel service, en fonction des besoins (présence le week-end ou non), de la gravité de la perte d'autonomie à compenser

<sup>19</sup> Les avis divergent; selon le Conseil général la liste serait depuis peu complète dans la mesure où tous les services d'aide à domicile y compris ceux agréés et nouveaux entrants ont été reçus par le directeur adjoint des personnes âgées, personnes handicapées et qu'ils ont tous accepté de signer l'engagement à respecter le tarif de référence.

(structures employant des professionnels qualifiés), mais aussi de leur réseau propre. Le risque est donc qu'entrent en jeu des considérations éloignées de l'intérêt pratique des personnes âgées, qui favorisent par ailleurs là aussi les associations historiques ou les CCAS.

#### **5.4. L'APA en établissement**

##### **5.4.1. L'évaluation du niveau de dépendance des bénéficiaires**

[190] Dans la plupart des départements, l'APA en établissement n'est ouverte que sur la base d'un dossier considéré comme complet, ce qui comprend dans trois départements sur les cinq visités l'évaluation du Groupe Iso Ressources (GIR) attribué par l'établissement.

[191] Cette pratique a l'inconvénient de pousser les établissements à la fixation précoce d'un GIR, alors que la situation de la personne âgée, généralement affectée par son entrée en établissement qu'elle vienne de son domicile ou sorte de l'hôpital, n'est pas stabilisée avant deux à trois semaines. A défaut, la personne âgée ne se verrait l'APA en établissement que tardivement, ce qui poserait des problèmes financiers à la fois à l'établissement et à la personne âgée.

**Recommandation n°42 : Ne pas exiger l'évaluation préalable de la dépendance pour considérer le dossier comme complet, ce qui permettra à la fois l'établissement correct du niveau de dépendance d'une personne entrant en établissement et l'ouverture des droits à l'entrée dans l'établissement.**

[192] Au rang des bonnes pratiques : dans l'Ain, il existe un dossier commun à tous les établissements de demande d'admission en EHPAD.

##### **5.4.2. Le contrôle du groupe iso-ressources moyen pondéré des établissements**

[193] Pour déterminer le groupe iso-ressources moyen pondéré (GMP) qui est un des éléments de base de la tarification, les évaluations de la dépendance des personnes en établissement sont généralement réalisées au cours du mois de septembre, juste avant la campagne budgétaire.

[194] Dans les Bouches-du-Rhône, existe un principe de répartition des tâches entre le conseil général et l'assurance-maladie ; les médecins-conseils de l'assurance maladie contrôlent les évaluations dans les hôpitaux locaux et dans les établissements d'hébergement publics ; les médecins du conseil général contrôlent les évaluations dans les établissements hébergeant des personnes âgées de droit privé. Les forfaits soins sont déterminés sur la base des évaluations Pathos réalisées par les médecins-conseils de l'assurance maladie. La procédure de contrôle est conforme à la réglementation : tests de cohérence et mesure du taux d'erreur qui ne doit pas excéder 5% sous peine de réévaluation exhaustive du niveau de dépendance. En pratique, les redressements sont exceptionnels.

[195] En Haute-Corse, le conseil général a décidé de vérifier désormais le GMP des établissements par des contrôles à l'improviste.

##### **5.4.3. La tarification et la dotation globale**

[196] Les établissements sous convention tripartite constituaient la quasi-totalité des établissements dans les départements contrôlés. La Haute-Corse a récupéré son retard au conventionnement tripartite au cours des années 2007 et 2008. Dans tous les départements visités, les tarifs dépendance sont différents pour chaque établissement. La mission n'avait pas pour objet d'étudier les pratiques de négociation tarifaire, et ne peut que constater de fortes divergences entre établissements (cela peut aller dans certains départements du simple au double sans que des conditions de qualité soient clairement avancées).

- [197] Le principe de la dotation globale est diversement apprécié. Dans l'Ain, comme en Haute-Corse, aucun établissement n'est sous dotation globale ; dans l'Ain, c'est un choix du Conseil général, en Haute-Corse, la signature des conventions tripartites en était une étape préalable. Dans les Bouches-du-Rhône, le conseil général n'a pas voulu la généraliser : moins de la moitié des établissements (75 établissements sur 188) sont au régime de la dotation globale annuelle ; notamment elle n'est pas accordée à des établissements venant d'ouvrir et dont le GIR moyen pondéré (GMP) pourrait subir de fortes variations en cours d'année qu'on ne pourrait corriger que l'année suivante, selon le principe de l'«intangibilité du GIR» de l'exercice en cours<sup>20</sup>. En Eure-et-Loir, en juin 2008, parmi les 41 établissements sur 51 qui avaient opté pour la dotation globale, deux établissements souhaitent entrer dans la convention de dotation globale, deux souhaitent en sortir.
- [198] Le type de public hébergé détermine aussi l'intérêt ou non pour les parties de s'accorder sur le versement d'une dotation globale dépendance. Hors dotation globale, les personnes les plus aisées doivent en effet consentir une sur-participation<sup>21</sup>. Dans le cadre de la dotation globale annuelle, cette sur-participation disparaît, ce qui peut obérer les ressources des établissements accueillant une part importante de personnes âgées avec ce niveau de revenu.
- [199] Selon les départements, la dotation globale est diversement gérée. Soit décidée en même temps que la tarification, elle vaut pour l'année quels que soient les aléas subis par l'établissement (cas des Bouches-du-Rhône) ; soit son montant, déjà versé mensuellement durant l'année N, est recalculé au 1<sup>er</sup> trimestre N+1, sur la base du compte administratif, compte tenu de l'activité réelle de l'établissement l'année précédente; les ajustements se traduisent par un mandat complémentaire à verser ou un titre de recette à l'encontre de l'établissement (cas de l'Eure-et-Loir). Les directeurs d'établissement rencontrés regrettent ces décalages de calendrier qui entraînent de nombreuses procédures de révisions, et donc un travail administratif inutile, et une incompréhension des usagers : « *trop de modifications de règles engendre une suspicion des clients* ».
- [200] Sous réserve d'une modification de la réglementation, une voie de progrès pourrait être de procéder par anticipation, en versant la dotation par dixième sur dix mois par exemple, et en calculant l'ajustement annuel et la fixation des tarifs de l'année suivante sur la base de budgets prévisionnels. Ceci aurait l'avantage de mieux coller à la réalité tout en évitant des réajustements tardifs coûteux en procédure et peu compréhensibles à l'usager.
- [201] Au lieu de la dotation globale ou du versement direct au bénéficiaire, une partie des départements (par exemple Ain, Val-de-Marne) préfère un mécanisme de versement global réel mensuel sous forme de tiers payant. Il prend en compte la situation individuelle du bénéficiaire de l'APA et facilite la gestion tant du conseil général que du bénéficiaire et de sa famille.

---

<sup>20</sup>Le principe de l'intangibilité du GIR, sauf décision particulière de l'autorité de tarification, a été rappelé dans la décision du conseil d'Etat n°258876 du 10 janvier 2007

<sup>21</sup> Cf. article R232-19 (mis en italique par les rapporteurs). « Lorsque le bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie est hébergé dans un établissement mentionné à l'article L. 313-12, sa participation est calculée selon les modalités suivantes (...) si son revenu mensuel est inférieur à 2,21 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne mentionnée à l'article L. 355-1 du code de la sécurité sociale, *sa participation est égale au montant du tarif afférent à la dépendance* de l'établissement applicable aux personnes classées *dans les groupes iso-ressources 5 et 6.* » Ainsi : Les bénéficiaires de l'APA dont le revenu mensuel est supérieur à 3,40 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne – un revenu de plus de 3 461 € mensuels au 1<sup>er</sup> octobre 2008) doivent acquitter une somme égale à la différence entre le montant de l'APA correspondant à leur GIR et le montant arrêté par le conseil général pour les personnes hébergées avec un GIR 5 ou 6, différence majorée d'un coefficient de 0.8.

## 6. LE PILOTAGE ET LES SYSTEMES D'INFORMATION

[202] Le pilotage local s'appuie sur les données de gestion qui permettent de suivre au quotidien l'avancement des dossiers ; le pilotage national s'appuie sur les données statistiques recueillies par la Direction de la recherche, des études et des statistiques et la CNSA auprès des départements.

### 6.1. *Pilotage local et systèmes d'information*

[203] La gestion des dossiers d'APA mérite d'être suivie par des indicateurs d'activité (nombre de dossiers enregistrés, suivis, délais, nombre de décisions prises) et de résultats (nombre de bénéficiaires actifs, montant moyen des plans d'aide, suivi des dépenses engagées, par exemple). Ces indicateurs sont renseignés par les systèmes d'information de gestion aujourd'hui automatisés. Si les progiciels permettent d'accompagner l'activité interne des services gestionnaires du conseil général, ils sont encore peu utilisés dans tout leur potentiel pour améliorer les flux d'information avec d'autres acteurs (prestataires, service public local).

#### 6.1.1. **Le contrôle de gestion : les tableaux de bord et indicateurs de suivi**

[204] Certains départements suivent leur gestion par des indicateurs, d'autres en restent à une appréciation qualitative ; tous s'interrogent sur les meilleures façons de faire. Les investigations conduites dans le cadre de la mission permettent de rassembler quelques pratiques et de suggérer des indicateurs qui paraissent pertinents. Par ailleurs des comparaisons entre les pratiques des diverses équipes (territoriales) ou médecins permettraient de veiller à l'homogénéité des résultats notamment en matière d'évaluation de la dépendance et des contenus des plans d'aide.

[205] Outre le suivi de l'instruction par les indicateurs d'activité classiques que sont le nombre de dossiers enregistrés, puis les traitements à divers stades de l'instruction, le nombre de décisions prises, il paraît important de suivre deux aspects délicats :

- l'homogénéité des pratiques d'évaluation de la dépendance et des plans d'aide, entre les diverses unités qui en sont chargés (équipes médicosociales territoriales, médecins) ;
- le respect des délais : notamment en suivant les délais que met le dossier de demande à certaines étapes jugées clés par le département pour tenir dans le délai global de 2 mois. Par exemple : délai entre l'arrivée du courrier et son traitement (dossier réputé complet) ; délai entre la complétude du dossier et la visite à domicile, la définition du plan d'aide, la proposition de l'équipe médicosociale(EMS), la commission de proposition, la signature de la notification, l'envoi de la notification.

#### 6.1.2. **Le suivi de l'instruction : un usage très différencié des progiciels**

[206] Parmi les 4 ou 5 progiciels disponibles sur le marché, la mission n'en a vu qu'un seul : trois départements enquêtés utilisent le même progiciel (IODAS, ex-ANIS de la société GFI), et le quatrième (les Bouches du Rhône) a créé un logiciel propre (ASG) pour gérer l'ensemble de l'aide sociale du département avec une application spécifique PAPH. Les trois départements utilisent IODAS chacun de manière très différente. Ce progiciel permet de suivre les différents actes de l'instruction des demandes, du dépôt de la demande à la décision sur le plan d'aide, et de basculer ces données dans les logiciels comptables et financiers.

[207] Le progiciel permet des adaptations locales par des paramétrages ad hoc. Les départements n'utilisent pas toutes les possibilités offertes.



[208] Deux cas opposés ont été vus :

- En Eure-et-Loir, chaque acte est enregistré ; pour l'instruction d'une première demande cela peut aller jusqu'à une dizaine d'enregistrements ; tous les métiers ont accès au progiciel (en consultation du moins) ; ceci permet de suivre dans un grand détail la succession des actes et les délais entre chacun notamment. Curieusement, ces enregistrements scrupuleux sont doublés d'enregistrements papier (on a noté 6 inscriptions des données élémentaires du demandeur). Il en sort des lettres types personnalisées à chaque étape (accusés de réception de la demande et information aux maires, prise de rendez vous pour la visite à domicile, proposition du plan d'aide, décision de la commission doublée d'une information aux maires, etc.) ;
- à l'inverse en Haute-Corse, l'usage de Iodas est limité : seuls sont entrés le début et la fin de l'instruction : le début est le dépôt de la demande, puis de la demande réputée complète ; la fin est la réunion EMS, puis celle de la date de l'ouverture des droits. Les visiteurs à domicile n'ont pas accès au logiciel. Les courriers aux bénéficiaires sont personnalisés « à la main » (montant des droits ouverts) en dehors du logiciel.

[209] Le progiciel IODAS permet également l'enregistrement du montant du plan d'aide, de la prise en charge du conseil général et de la participation du bénéficiaire (reste à charge). Ceci permet de basculer ces éléments dans les logiciels de comptabilité. Cependant, on est loin de l'usage optimal des possibilités ouvertes par les techniques numériques (Voir partie sur la gestion financière).

[210] La séparation entre métiers (voir *supra*) ne facilite pas l'objectif d'une administration électronique « sans papier ». La gestion des secrets professionnels dans le respect des personnes par les divers métiers (médecins, travailleurs sociaux) devrait faciliter et rendre plus efficient le travail pluridisciplinaire prescrit par les textes, grâce à un usage judicieux des droits d'accès aux données enregistrées.

[211] Par ailleurs, les guides et documents d'évaluation dont disposent les agents des conseils généraux, ne sont pas toujours à jour. Les logiciels de calcul du niveau de dépendance et parfois du coefficient de participation, sont autonomes (feuilles Excel), parfois anciens, et non reliés au progiciel général de gestion.

[212] Outre une utilisation optimale des possibilités actuelles, le groupe d'utilisateurs de IODAS devrait se mobiliser pour que tous les éléments nécessaires à la procédure d'instruction et d'évaluation soient bien pris en compte, notamment au niveau de la saisie d'information pour réaliser l'évaluation des niveaux de dépendance qui se fait avec un logiciel distinct et pour pouvoir saisir la date de l'avis d'imposition.

[213] Ensuite le suivi des délais pourrait être automatisé : le logiciel devrait émettre des alertes quand certains délais d'instruction sont dépassés, comme la réponse au plan d'aide, ou pour anticiper les procédures de révision ou de renouvellement.

**Recommandation n°43 : Utiliser toutes les fonctionnalités des progiciels pour tendre vers une administration « sans papier » avec accès de tous les métiers de l'équipe médicosociale aux données, dans le secret professionnel partagé.**

**Recommandation n°44 : Faire évoluer les progiciels pour intégrer des données complémentaires utiles en gestion comme le calcul du niveau de dépendance, la date de l'avis d'imposition ; et pour surveiller les délais et émettre des alertes.**

### 6.1.3. Les liens avec la comptabilité et le mandatement, et le contrôle d'effectivité

[214] Les données issues du logiciel de gestion sont basculées vers l'émission des mandats. Le contrôle d'effectivité est fait de manière diverse, pour l'APA à domicile :

- à la main avec suivi exhaustif des factures papier individuelles (Eure-et-Loir)
- par émission de factures automatisées via un système de télégestion, s'agissant des prestataires (Bouches-du-Rhône et Haute-Corse<sup>22</sup>)
- et dans l'Ain par un suivi individualisé dans le cadre de la circonscription d'action sociale au plus près du terrain, accompagné d'une dématérialisation des factures des services d'aide à domicile.

[215] Les interfaces numériques entre les services prestataires et le département sont encore peu robustes. Elles nécessitent une intervention humaine importante de vérification, contrôle, ajustements, qui n'est pas toujours remplie à hauteur des besoins. Il en va de même pour les interfaces avec les établissements dans le cas de l'APA en établissement.

**Recommandation n°45 : Dématérialiser les transmissions de factures des services d'aide à domicile et des établissements et les liens avec les services publics.**

**6.1.4. Relations avec le service public local**

[216] Les relations avec la paierie (qui a besoin de pièces justificatives des mandats émis pour effectuer ses contrôles), sont encore distantes, parfois méfiantes, et les transferts de papier encore très nombreux. Les relations avec les impôts d'autre part sont inexistantes or on pourrait envisager une communication automatisée des avis d'imposition, voire des déclarations fiscales, pour actualiser au fil de l'eau (une fois l'an) les ressources des bénéficiaires, sans attendre une éventuelle révision ou renouvellement et sans en charger les bénéficiaires.

[217] Ces relations pourraient être grandement facilitées par une dématérialisation dans le cadre des principes énoncés dans la *Charte nationale partenariale relative à la dématérialisation du secteur public local* de la direction générale des finances publiques (DGFIP) ; une convention nationale (convention 2008-2 du 21 mai 2008) prend en compte les nouvelles dispositions du code général des collectivités territoriales (art. D1617-19 et D1617-23).

[218] La dématérialisation résulte d'un accord local écrit auquel sont parties prenantes l'ordonnateur de la collectivité, le Trésorier payeur général et le comptable public ainsi que la Chambre régionale des comptes.

[219] L'objectif de la dématérialisation est donc de parvenir à la dématérialisation des principaux flux de documents papiers pour réduire les coûts d'édition, sécuriser la transmission et la manipulation des informations, faciliter le stockage des documents et enfin, permettre la consultation directe par le comptable pour les besoins du contrôle des fichiers de liquidations via un accès informatique dédié.

[220] Le Conseil général des Bouches-du-Rhône a en projet de dématérialiser trois prestations d'aide sociale (APA, ACTP et PCH) dans un premier temps, puis de l'étendre à toutes les prestations d'aide sociale. Les difficultés techniques rencontrées lors des premiers essais pourraient servir utilement aux autres départements. Ceci pose la question du lieu d'échanges de bonnes pratiques (cf. *infra*).

[221] Cette dématérialisation devrait s'étendre aux relations avec les URSSAF.

**6.2. Le pilotage national et les statistiques nationales**

[222] La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), chargée du financement partiel de l'APA, et la DREES, responsable d'une vision statistique nationale de l'aide sociale départementale, collectent des informations auprès des départements.

<sup>22</sup> La Haute Corse double le système de télégestion qui émet automatiquement les factures des prestataires par un mode de paiement CESU par les bénéficiaires : le service du contrôle d'effectivité émet des demandes de CESU individualisées au prorata des factures des prestataires. Ce système construit en interne avec beaucoup d'astuces assure une effectivité

[223] Ces données servent au pilotage national de la CNSA qui établit les montants à compenser pour chacun des départements à partir de sa collecte directe d'informations et aux enquêtes de la DREES qui donnent une vision comparée de l'APA sur le territoire national. Cependant en l'absence de compétences spécifiques dans le domaine des personnes âgées autres que la compensation financière partielle, la CNSA n'organise pas la cohérence des données comme elle le fait dans le secteur des personnes handicapées.

### 6.2.1. Quatre vecteurs de « remontées statistiques »

[224] Les départements répondent aux enquêtes nationales à partir de leurs données de gestion. La CNSA et la DREES collectent ces données selon plusieurs circuits de « remontées » vers le niveau national qui sont au nombre de cinq :

- les données trimestrielles déclarées à la DREES via le web (données physiques et financières) ;
- les deux enquêtes annuelles de la DREES sur l'aide sociale des départements, dont les données sur l'APA ne constituent qu'un élément : l'une concerne les bénéficiaires ; l'autre les dépenses. (Voir en pièce jointe les formulaires respectifs). Ces deux questionnaires d'enquête sont traités dans le même bureau qui les publie dans deux *Documents de travail* disjoints<sup>23</sup> ;
- les déclarations annuelles à la CNSA ;
- les déclarations à la base de données départementales STATISS (réservée aux services du ministère et aux accès extranet) via les DRASS.

[225] La mise à disposition des données trimestrielles est devenue très rapide grâce au système de saisie par extranet que la DREES a mis en place en 2008 ; les données trimestrielles sont consultables sur internet « données départementales de l'APA », et sur l'extranet, telles que déclarées, sans vérification particulière.

[226] Les données annuelles sont exploitées dans les publications statistiques en deux temps ; en septembre de l'année N+1, la DREES publie les données « provisoires » de l'année N dans un numéro *d'Etudes et Résultats*, sur la base des déclarations qui lui sont alors arrivées (et pour les données manquantes par reprise des données de l'année précédente). La DREES publie ensuite en février ou mars N+2 les données sur la situation au 31 décembre de l'année N dans deux livraisons des *Document de Travail*, l'un sur les bénéficiaires, l'autre sur les dépenses. .

[227] Les départements ne déclarent pas toujours des données cohérentes entre ces quatre vecteurs qui ne sont pas remplis par les mêmes services du Conseil général (comptabilité financière, contrôle d'effectivité, ou service administratif), chacun ayant sa vision de l'allocation.

[228] Quand il s'agit de décalage dans la date à laquelle l'information est saisie, comme c'est souvent le cas, les écarts sont faibles et de peu d'importance : les ordres de grandeur restent bons. Il peut s'agir aussi d'erreurs manifestes de déclarations non contrôlées, comme cela a été rencontré par exemple en Haute-Corse.

### 6.2.2. Des données sur les bénéficiaires déclarées selon des concepts flottants

[229] Outre les décalages dans le temps, ou des erreurs manifestes, les divergences statistiques s'expliquent par des interprétations variables des concepts demandés.

---

<sup>23</sup> DREES (Guillaume BAILLEAU et François TRESPAUX), « Bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2006 », *Document de travail, Série statistique* n° 122, avril 2008  
DREES (Elise CLEMENT), « Dépenses d'aide sociale départementale en 2006 », *Document de travail, Série Statistique* n° 124, mai 2008.

### 6.2.2.1. Droits ouverts ou droits constatés

- [230] Les divergences les plus fréquentes et importantes portent sur le nombre de bénéficiaires en fin de trimestre ou d'année (stock) :
- soit il s'agit de l'ensemble des personnes bénéficiant d'un droit ouvert ;
  - soit il s'agit des bénéficiaires « actifs » c'est-à-dire ayant été payés au cours de la période sous revue.
- [231] Les statistiques provenant du contrôle d'effectivité ou de la comptabilité ont pour champ naturel le nombre de bénéficiaires ayant reçu une allocation au cours du mois ou au cours du trimestre précédents.
- [232] Les statistiques provenant de l'instruction ont pour champ naturel le nombre de personnes bénéficiant de droits ouverts.
- [233] Les formulaires d'enquête utilisent l'un et l'autre concept. Par exemple dans les Bouches du Rhône au 31 décembre 2007 : le Conseil général déclare à la CNSA 26052 bénéficiaires de l'APA à domicile (droits ouverts) et n'en déclare à la DREES (enquête trimestrielle) que 20 013 (bénéficiaires actifs au cours des trois derniers mois).
- [234] Suivant que l'on prendra l'un ou l'autre de ces chiffres, le montant moyen du plan d'aide sera bien différent, et les comparaisons entre départements en seront affectées.

### 6.2.2.2. Champ complet ou hors dotation globale

- [235] Une autre cause d'erreur provient du mécanisme de la dotation globale : les bénéficiaires de l'APA en établissement sous dotation globale ne sont pas suivis de façon individuelle et les données sur la répartition des allocataires en établissement par GIR ou par âge ne concernent que la fraction de ceux qui reçoivent une APA individuelle (qu'elle leur soit versée directement ou qu'elle soit versée à l'établissement). Or l'erreur consiste à omettre ensuite les allocataires qui sont sous le régime de la dotation globale dans le calcul des dépenses moyennes annuelles par bénéficiaire ou de la répartition par lieu de vie.
- [236] L'erreur est donc d'autant plus importante que la part de ces derniers est importante. Cela fausse la comparaison entre départements notamment sur :
- la répartition par lieu de vie donnée par la CNSA ;
  - la dépense moyenne annuelle par bénéficiaire ;
  - la répartition par GIR de l'ensemble des bénéficiaires...

### 6.2.2.3. APA en établissement : des concepts flottants

- [237] La CNSA et la DREES (enquête annuelle) ne formulent pas les concepts de la même manière :
- pour la DREES (enquête annuelle sur les bénéficiaires), le formulaire annuel demande le nombre de bénéficiaires sous dotation globale et hors dotation globale, car seuls ces derniers peuvent être ventilés selon leurs caractéristiques individuelles (âge, niveau de dépendance, ...)
  - pour l'autre (la CNSA et l'enquête annuelle de la DREES sur les dépenses), c'est la modalité de versement qui prime : versement directement à l'établissement ou via le bénéficiaire.

Tableau 7 : Des concepts flottants pour les nombres de bénéficiaires en établissement

Etablissement hors dotation globale	Etablissement sous dotation globale	
<b>A =</b> APA versée aux bénéficiaires	<b>B =</b> APA versée aux bénéficiaires (par ex, bénéficiaires venant d'un autre département)	<b>A + B</b> Définition de la CNSA, « APA versée aux bénéficiaires » (=somme en ligne)
<b>C =</b> APA versée à l'établissement	<b>D =</b> APA versée à l'établissement	<b>C+D</b> Définition de la CNSA « APA versée à l'établissement » (= somme en ligne)
<b>A+ C</b> Définition de la DRESS « APA hors dotation globale »	<b>B+D</b> Définition de la DREES « APA sous dotation globale »	<b>A+B+C+D</b> Total « APA en établissement »

Source : Mission IGAS

[238] Ces deux répartitions ne coïncident pas : l'APA individuelle peut être versée directement à l'établissement, que celui-ci soit ou non sous le régime de la dotation globale ; par ailleurs des établissements sous dotation globale reçoivent aussi des bénéficiaires d'APA individuelles (par exemple venant d'un autre département, ou en hébergement temporaire, etc.).

[239] La notion de *versement direct* n'est pas claire, y compris pour les APA à domicile, comme le montre la remarque suivante sur le CESU préfinancé.

#### 6.2.2.4. La notion de versement direct et le CESU préfinancé

[240] L'usage du CESU préfinancé a introduit une nouvelle cause d'erreur sur le nombre d'allocataires « payés versée directement par le conseil général » (formulaire de la DREES). Comme le CESU préfinancé est une forme de tiers payant, les bénéficiaires de plans d'aide à domicile payés par des CESU préfinancés en Haute Corse ont été exclus du champ de la statistique sur la répartition par niveaux de dépendance. Ce cas encore rare risque de se généraliser avec l'usage de l'extraction ainsi programmée par la société GFI qui produit le logiciel couramment utilisé IODAS.

Tableau 8 : Nombre de bénéficiaires de l'APA selon diverses sources au 31/12/2007 ; quelques exemples.

Au 31/12/07	CNSA	DREES, enquête annuelle bénéficiaires	DREES, enquête trimestrielle au 31/12/07	Conseil général	Remarques
Bouches du Rhône : APA à domicile	26 052 (droits ouverts)	26 052	20 318 (bénéficiaires actifs)		L'écart provient de différence de concept : droit ouverts et droits actifs
Haute Corse : APA à domicile	3 727	2935	Non renseigné	3 525	L'écart entre CNSA et CG serait une erreur auditive (5 au lieu de 7).
Haute Corse : APA en établissement	244*	627	Non renseigné	701 (source : contrôle d'effectivité) droits ouverts ?	L'écart entre CNSA et DREES provient d'une erreur manifeste de déclaration : ce nombre est proche de celui de la seule APA versée directement à l'établissement.

### 6.2.3. Des vérifications de cohérence seraient nécessaires

- [241] Que ce soit au départ de la donnée, ou à l'arrivée, personne ne contrôle la cohérence des données transmises. A l'exception des données financières envoyées à la CNSA où l'enjeu est fort et bien compris, pour les données sur les bénéficiaires, il n'y a pas de motivation gestionnaire car l'usage qui en sera fait reste opaque.
- [242] Au départ, des services différents du conseil général remplissent les divers formulaires.
- [243] A l'arrivée, à la DREES, malgré quelques contrôles, les recalages statistiques complètent les données manquantes pour l'exploitation annuelle, mais ne redressent pas les données erronées, (ou le font avec les données de l'enquête trimestrielle dont les concepts, on l'a vu, sont différents).

**Recommandation n°46 : Mettre en place et animer des groupes de travail pour préciser les concepts demandés, y compris avec les éditeurs de logiciel ; améliorer les contrôles de cohérences lors des statistiques annuelles ; veiller à la cohérence des données transmises.**

### 6.3. L'animation de réseau

- [244] Les guides et documents sont diversement à jour d'un département à l'autre. Il manque une coordination générale, qui ne soit pas d'ordre réglementaire, mais relève de l'échange de bonnes pratiques ou de recommandations générales. Plutôt que de confier ce rôle à la DGAS, en prévision d'une loi sur le 5<sup>e</sup> risque, la CNSA pourrait en être l'opérateur.
- [245] La CNSA pourrait se voir dotée d'une fonction d'animation et de mise en cohérence partagée des documents de référence et des guides, notamment en matière d'évaluation de la dépendance et des contenus des plans d'aide, comme elle le fait aujourd'hui pour le handicap, avec un succès reconnu par les conseils généraux.
- [246] Un appui extérieur venant de l'opérateur national chargé de l'attribution d'une partie des fonds publics nécessaires au versement de l'APA et de leur péréquation est nécessaire pour organiser les échanges de bonnes pratiques. Un texte législatif est nécessaire pour modifier la définition des missions de la CNSA en étendant son rôle d'appui aux départements dans le domaine du handicap à l'ensemble du champ de la perte d'autonomie.

**Recommandation n°47 : Charger la CNSA d'une coordination des outils documentaires et informatiques en matière d'APA.**

**Recommandation n°48 : Attribuer par voie législative à la CNSA une mission d'appui méthodologique aux départements dans l'élaboration des schémas relatifs aux personnes en perte d'autonomie, dans la mutualisation des bonnes pratiques et l'appui à la qualité de service.**

**Recommandation n°49 : Organiser des journées annuelles de l'action sociale, réunissant les services de l'Etat, les conseils généraux, les organismes de sécurité sociale, afin d'organiser un partage d'informations et d'expériences portant notamment sur la mise en œuvre de l'APA et les outils d'évaluation de la perte d'autonomie.**

## CONCLUSION

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

Annie FOUQUET

Michel LAROQUE

Cédric PUYDEBOIS

## Principales recommandations de la mission

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



<b>Evaluation médicosociale</b>		
<b>20</b>	introduire dans le code de l'action sociale et des familles une disposition favorisant l'exercice d'un secret professionnel partagé au sein des équipes médico-sociales.	Etat et Parlement
<b>23</b>	choisir entre deux options s'agissant des cas où l'estimation du médecin de ville d'un demandeur l'a conduit à un GIR 5 ou 6 : 1) soit supprimer le caractère systématique de la visite à domicile d'un agent du conseil général, ce qui allège la gestion interne et produit des économies d'effectifs. 2) soit confirmer l'application des textes actuels, ce qui permet un traitement égal de tous les demandeurs et favorise la fiabilité des évaluations	Etat, Parlement (option 1), DGAS, CNSA, conseils généraux (option 2)
<b>16</b>	généraliser la pratique de réunions de synthèse dont la composition est véritablement médico-sociale et y soumettre en tous cas les dossiers repérés comme délicats.	Conseils généraux
<b>17</b>	favoriser au sein des conseils généraux et entre eux la tenue de séminaires et de réunions d'échanges sur les pratiques internes, les évolutions de la grille AGGIR, la formation gérontologique	Conseils généraux, CNSA, ADF
<b>18</b>	quel que soit l'organigramme général choisi, identifier un responsable charge de l'animation et de la coordination de l'équipe médico-sociale	Conseils généraux
<b>19</b>	systématiser l'analyse dans la durée des résultats des évaluations des classements moyens par GIR de chaque unité territoriale et/ou évaluateur (ainsi que des taux de refus), diffuser et débattre si besoin au sein du service des écarts éventuellement constatés.	Conseils généraux
<b>21</b>	organiser des formations à destination des médecins libéraux chargés de remplir les certificats médicaux demandés par les conseils généraux, éventuellement en partenariat avec leurs instances représentatives et de formation.	Conseils généraux
<b>22</b>	mettre en place un guide méthodologique de remplissage du certificat médical à l'attention des médecins de ville du département, qui explicitent les enjeux en cause et l'usage de la grille AGGIR	Conseils généraux avec l'appui de la CNSA
<b>24</b>	développer l'usage par les travailleurs sociaux d'outils informatiques (logiciels avec droits d'accès et équipement, ultraportables...) sur l'ensemble de leurs activités afin d'éviter les doubles saisies et de garantir un meilleur suivi des informations recueillies.	Conseils généraux
<b>25</b>	transmettre par voie télématique aux services d'aide à domicile une fiche de préconisations sur les besoins et les fonctions à remplir dans le cadre de l'aide attribuée.	Conseils généraux, services d'aide à domicile
<b>26</b>	veiller à la coordination des demandes de financements publics pour l'amélioration de l'habitat (aides du conseil général, de l'ANAH, d'autres collectivités territoriales, des principales caisses de sécurité sociale)	Conseils généraux

<b>Les relations avec les caisses de retraite</b>		
<b>11</b>	s'interroger à nouveau sur la dualité de compétence et de gestion des aides à domicile, selon le niveau de dépendance, par les caisses de retraite et le conseil général	Etat et Parlement
<b>12</b>	s'il était décidé de maintenir le partage actuel de compétences entre les conseils généraux et l'action sociale des caisses de retraite en fonction du niveau de dépendance, envisager d'étendre l'action sociale des caisses de retraite à l'ensemble de leurs assurés.	Etat pouvoir réglementaire /DGAS
<b>13</b>	mettre en place, dans le cadre de l'article L 232-13 du code de l'action sociale et des familles, un système commun d'évaluations médico-sociales pour les conseils généraux et les caisses de retraite et des liaisons administratives et financières adaptées pour garantir les droits des assurés, la continuité de ces droits et l'absence de doublons.	Etat pouvoir réglementaire /DGAS
<b>La gestion financière</b>		
<b>33</b>	développer l'usage du CESU essentiellement pour l'emploi direct et élaborer un circuit de prépaiement des cotisations sociales	Conseils généraux, agence nationale services à la personne, ACOSS
<b>36</b>	généraliser le contrôle d'effectivité	Conseils généraux
<b>27</b>	veiller à une imputation comptable correcte des dépenses	Conseils généraux, CNSA
<b>34</b>	permettre au président du conseil général de déterminer des modalités de règlement présentant des garanties d'efficacité et d'efficacités tels que les chèques emploi service dans le cadre d'un emploi direct ou la facturation directe au prestataire	Etat, pouvoir réglementaire
<b>35</b>	développer les procédures de télégestion pour les structures prestataires	Conseils généraux
<b>45</b>	dématérialiser les transmissions de factures des services d'aide à domicile et des établissements et les liens avec les services publics	Conseils généraux, Etat/DGFIP, URSSAF
<b>32</b>	généraliser l'information annuelle sur les sommes reçues au titre de l'APA à domicile (dont le total des participations financières personnelles consenties) et de l'APA en établissement (tarif dépendance).	Conseils généraux
<b>28</b>	isoler sur une ligne budgétaire propre les dépenses relevant de choix du conseil général, en marge de l'application stricte des règles d'attribution de l'APA (« APA extraréglementaire »)	Conseils généraux
<b>31</b>	s'engager dans tous les départements de manière active dans le processus lancé par la DGFIP de dématérialisation des pièces justificatives pour l'APA et l'aide sociale en général.	Conseils généraux

30	organiser les relations avec la paierie de telle sorte que lorsqu'un versement direct au bénéficiaire est effectué, le mandatement puisse être réalisé dans la très grande majorité des cas avant le 10 du mois correspondant à la prestation	Conseils généraux, Etat/DGFIP
<b>La régulation du secteur et la tarification</b>		
39	a minima, changer les appellations « services agréés » « services autorisés » au profit de termes plus conformes à la réalité, par exemple « services agréés pour des publics vulnérables » pour les premiers et « services agréés au tarif fixe par le conseil général » pour les seconds	Etat et Parlement
40	Envisager l'unification des procédures d'agrément des services à domicile aux personnes vulnérables	Etat et Parlement
41	privilégier à l'avenir la formule des recommandations (soft law) à celle des arrêtés détaillés s'agissant de points techniques particuliers portant sur les modalités d'organisation entre conseils généraux et établissements et services médico-sociaux	Etat/DGAS
42	ne pas exiger l'évaluation préalable de la dépendance pour considérer le dossier comme complet, ce qui permettra à la fois l'établissement correct du niveau de dépendance d'une personne entrant en établissement et l'ouverture des droits à l'entrée dans l'établissement	Conseils généraux, EHPAD
<b>Le pilotage et ses outils</b>		
48	attribuer par voie législative à la CNSA une mission d'appui méthodologique aux départements dans l'élaboration des schémas relatifs aux personnes en perte d'autonomie, dans la mutualisation des bonnes pratiques et l'appui à la qualité de service.	Etat et Parlement
29	confirmer dans les textes la possibilité pour le ministre et la CNSA de faire appel aux services d'inspection de l'Etat, pour contrôler et évaluer la mise en œuvre des prestations liées à la perte d'autonomie	Etat pouvoir réglementaire
9	pour assurer l'ouverture automatique des droits en cas de retard d'instruction, charger la CNSA de mener des à présent une enquête sur la situation présente et son amélioration	CNSA
37	mener des enquêtes sur les modalités du contrôle d'effectivité et diffuser les pratiques intéressantes	CNSA
47	charger la CNSA d'une coordination des outils documentaires et informatiques en matière d'APA	CNSA
49	organiser des journées annuelles de l'action sociale, réunissant les services de l'Etat, les conseils généraux, les organismes de sécurité sociale, afin d'organiser un partage d'informations et d'expériences portant notamment sur la mise en œuvre de l'APA et les outils d'évaluation de la perte d'autonomie.	CNSA, Association des départements de France

46	mettre en place et animer des groupes de travail pour préciser les concepts demandes, y compris avec les éditeurs de logiciel ; améliorer les contrôles de cohérences lors des statistiques annuelles ; veiller a la cohérence des données transmises	CNSA, conseils généraux, opérateurs informatiques
43	utiliser toutes les fonctionnalités des progiciels pour tendre vers une administration « sans papier » avec accès de tous les métiers de l'équipe médicosociale aux données.	Conseils généraux
44	faire évoluer les progiciels pour intégrer des données complémentaires utiles en gestion comme le calcul du niveau de dépendance, la date de l'avis d'imposition ; et pour surveiller les délais et émettre des alertes	CNSA, conseils généraux, opérateurs informatiques

## Liste des personnes rencontrées

### RENCONTRES AU NIVEAU NATIONAL

#### Direction générale de l'action sociale

Florence LIANOS, sous directrice  
Annick BONY, chef du bureau des personnes âgées  
Virginie CHENAL, adjointe au chef du bureau des personnes âgées  
Caroline LEFEBVRE, chef de projet services à la personne

#### Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Laurent VACHEY, directeur général  
Laurent GRATIEUX ; directeur adjoint  
Bernadette MOREAU, directrice de la compensation  
Emmanuelle BRUN, économiste de la santé, direction de la compensation  
Estelle PELLETIER, statisticienne-économiste de la santé, direction de la compensation  
Patrice VELLETT, direction financière  
David FOUCAULD, direction financière  
Béatrice SANMARTINO, direction financière

#### Inspection générale des Affaires sociales

Michel THIERRY  
Hélène STROHL  
Stéphane PAUL

#### Agence Nationale pour les Services à la Personne (ANSP)

M. ARBOUET, directeur  
Dominique ZUMINO, responsable de l'action sociale

#### Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)

Patrick HERMANGE, directeur.  
Claude PERINEL, directeur de l'action sociale  
Christian FLOUQUET, directrice de l'action sociale Ile-de-France.

### INVESTIGATIONS DANS LES DEPARTEMENTS

#### DEPARTEMENT DU VAL-DE-MARNE

##### Conseil général du Val-de Marne

Geneviève DHOLLAND, directrice générale adjointe des services chargé du pôle social.  
Martine CONIN, directrice personnes âgées et personnes handicapées  
Claudie BERTRAND LAROCHE, chef du service des prestations à la personne  
Pierre PEIRAUDS, médecin territorial CG 94  
Maryse CHEBBAB, adjointe chef du service prestations, chargée de l'APA à domicile

Corinne FLOCKLAY, coordinatrice APA à domicile  
 Sylvaine VILLETTE, gestionnaire APA à domicile  
 Georges DIANOUX, chef de service contentieux, recours sur succession.  
 Viviane JEAN CHARLES, coordinatrice APA à domicile  
 Olivier ROCH, gestionnaire paiement prestations  
 Laurence MESUREUR, directrice MDPH.  
 Patricia PIQUON, conseillère équipe pluridisciplinaire, MDPH 94

## **EHPAD**

Richard TOURISSEAU, directeur de la fondation Favier (EHPAD)  
 Gaëlle LEANDRI, directrice adjointe fondation Favier  
 M-Claire COLOMB, médecin coordonateur, fondation Favier  
 Marie-Françoise LE PAIH, médecin coordonateur stagiaire, fondation Favier

## **DEPARTEMENT DE L'AIN**

### **Conseil général de l'Ain**

M. Rachel MAZUIR, président du conseil général  
 M. André LAMAISON, vice-président du conseil général, chargé des personnes âgées et des personnes handicapées

### **Services du conseil général de l'Ain**

M. Thierry CLÉMENT, directeur général adjoint de la prévention et de l'action sociale  
 Mme Florence PELISSIER, directrice adjointe  
 Mme Annie PAGANELLI, responsable du domaine établissements  
 Mme Corinne PERRIN, responsable du domaine Anis-qualité-contrôle interne

### *Direction générale des affaires financières et économiques (DGAFE)*

M. Michel ASSET, responsable des finances  
 Mme Martine LAMBERON, gestion financière APA

### *Médecins départementaux*

Dr Gérard OUSTRY, médecin territorial  
 Dr Florence POLLET, médecin territorial  
 Dr Bernadette DABOUT-NICOLAS, médecin territorial  
 Dr Martine ARMAND, médecin territorial

### *Domaine personnes âgées*

M. Souleymane THIAM, responsable du domaine personnes âgées  
 Mme Sylvie CHANUDET, adjointe au responsable du domaine personnes âgées

### *Circonscription d'action sociale de Bourg-en-Bresse*

Mme Denise AVEDIGUIAN, responsable de circonscription  
 Dr Florence POLLET, médecin territorial  
 Mme Joëlle BERNASCONI, assistante de service social, référente personnes âgées  
 Mme Henri NGBALET, assistante de service social, CMS Pierre Goujon  
 Mme Janine KOVALSKI, assistante de service social, CMS du pont des chèvres à Bourg-en-Bresse  
 Mme Sylvie CUNEO, assistante de service social, CMS du pont des chèvres à Bourg-en-Bresse  
 Mme Marie-Ange BONIN, assistante de service social, CMS Jules Ferry à Bourg-en-Bresse  
 Mme Chantal GOLLION, assistante de service social, CMS Amédée Mercier à Bourg-en-Bresse  
 Mme Carole PASSOLUWGHI, assistante de service social CRAM à Bourg  
 Mme Marie-Thérèse JOSSERAND, assistante de service social de la MSA  
 Mme Frédérique GUINET, adjoint administratif, instructeur APA et ASG, CAS de Bourg

Mme Agnès JOLY, adjoint administratif  
Mme Béatrice DRUGUET, instructeur APA et ASG  
Mme Florence TIRAND, instructeur APA et ASG  
Mme Joëlle BOUVARD, instructeur APA et ASG

*Circonscription d'action sociale de Montrevel-en-Bresse*

Mme Eliane DEPRETZ, responsable de circonscription  
Dr Bernadette DABOUT-NICOLAS, médecin territorial  
Mme Charlotte LEGRAND de MERAY, assistante de service social référente APA  
Mme Nadine KEIFLIN, assistante de service social  
Mme Françoise BOGY, assistante de service social  
Mme Sonia LAGARDE, assistante de service social  
Mme Véronique FELIX, assistante de service social de la MSA  
Mme Isabelle MANISSIER, assistante de service social de la CRAM  
Mme Séverine BILON, adjointe au responsable spécialité administrative  
Mme Myriam CHARVET, instructeur APA et aide sociale générale  
M. Stéphane CUIILLEROT, instructeur APA et aide sociale générale  
Mme Yvette TRONTIN, instructeur APA et aide sociale générale

**DDASS de l'Ain**

M. Yves CHARBIT, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales  
Mme Françoise PIALLOUX, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, chargée des personnes âgées  
Mme MARTIN, inspectrice de l'action sanitaire et sociale

**CODERPA - Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées de l'Ain**

M. Gérard GOULETTE, représentant de la CGT  
M. Robert TRUCHON, président honoraire de la fédération départementale des clubs des aînés ruraux de l'Ain (FDCARA)  
Mme Danielle POBEL, présidente départementale de l'association des retraités de l'artisanat de l'Ain

**Etablissements sociaux ou médico-sociaux et services d'aide à domicile**

M. Jean-Claude LARDUINAT, directeur de la résidence Seillon Repos et de la maison de retraite des sœurs franciscaines  
Dr Michel PULITO, médecin gériatre, directeur d'établissements et services médico-sociaux à la Mutualité de l'Ain, directeur des Ancolies  
M. Patrick CRETINON, directeur de la MAPA Claires Fontaines  
Mme Claire MOUNARD, cadre de santé à la MAPA Claires Fontaines  
Mme Marie-Hélène MIALHE, directrice de l'établissement Le doyenné de Brou  
Mme Fabienne GALLAY, infirmière cadre de l'établissement Le doyenné de Brou  
M. Robert FONTAINE, directeur de la fédération ADMR de l'Ain  
M. Bruno MASSON, directeur de l'association Aide familiale populaire / Confédération syndicale des familles (AAFP/CSF)  
Mme Martine VERNE, directrice de l'association départementale ADAPA  
Mme ROUGE, responsable de la gestion administrative à l'association départementale ADAPA

**Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)**

Mme Patricia TRICHOT, directrice du SSIAD géré par l'association ASDOMI à Bourg-en-Bresse  
Dr Michel PULITO, médecin gériatre, directeur d'établissements et services médico-sociaux à la Mutualité de l'Ain, responsable des SSIAD de la Mutualité de l'Ain  
Mme Dominique TISSOT, infirmière coordinatrice du SSIAD de Lagnieu

**Centres locaux d'information et de coordination (CLIC)**

Mme Bénédicte CARRE, coordinatrice du CLIC du Bassin burgien (ADAG BB)  
M. André NEVEU, président du CLIC du Bassin burgien

Mme Hélène ANTOINE, coordinatrice du CLIC du bassin Bellegardien  
Mme Sandrine GIRON, coordinatrice du CLIC des Pays de Bresse

### **Régime général de sécurité sociale**

M. Jacques KINER, directeur général de la CRAM de Rhône-Alpes  
Mme Sylvie SALAVERT, sous-directrice de l'action sociale à la direction de l'assurance retraite, CRAM de Rhône-Alpes  
Dr Eric STAMM, médecin conseil chef de l'échelon local du service médical près la CPAM de l'Ain

### **Mutualité sociale agricole de l'Ain**

Mme Fabienne Le PAGE, attachée de direction, action sanitaire et sociale à la MSA de l'Ain

## **DEPARTEMENT DE L'EURE-ET-LOIR**

### **Conseil Général d'Eure et Loir**

M. Xavier NICOLAS, vice-président, chargé des affaires sociales  
M. Alexandre MURAT, directeur général des services  
Mme Bernadette HUWART, directrice générale adjointe chargée de la solidarité et de l'action sociale.  
M. Laurent LEPINE, directeur de la solidarité  
M. Jean Luc BAILLY, directeur de Personnes Agées et des Personnes Handicapées  
Mme Annie NENEZ, chef du service d'aide sociale  
Mme Valérie DIOT, adjointe au chef du service d'aide sociale  
Dr MERY, médecin vacataire  
Dr QUINIOU, médecin titulaire  
M. Sébastien NAUDINET, directeur financier

### **Services d'aide et d'accompagnement à domicile**

M. COUDANT, Mme Joëlle ECHARD, CCAS de Vernouillet  
M. ISABEL et Mme GIRARD, Association Le Tourniquet, Dreux  
Mme Mireille BRAILLON, CoDAPA (Comité pour le développement de l'aide auprès des personnes âgées), association créée en 1971.  
M Bruno VANHEE, ADHAP Services, Chartres, société privée en franchise, créé en 2006

### **CLIC**

Mme de la GIRODAIS, CLIC de Dreux

### **Etablissements**

Mme Françoise DEBRAY, directrice adjointe Centre Hospitalier de Chartres  
Mme Myriam DURCZEWSKI, adjoint des cadres, Centre Hospitalier de Chartres  
Mme Evelyne LEGUYEC, Directrice de Maison de Retraite, Fontaine le Guyon  
Mme Denise BILLARAND DAUPHIN, Présidente de la Fondation Texier Gallas  
Mme Vincent VERRIER, Directeur général de la Fondation Texier Gallas  
Mme Anne CHARRON, assistante sociale UGOS, Centre Hospitalier de Chartres

## **DEPARTEMENT DES BOUCHES-DU-RHÔNE**

### **Caisse régionale d'assurance maladie du Sud-Est**

Jean-Louis THIERRY, directeur général CRAM Sud-Est



Max SOLLARI, directeur adjoint chargé de l'action sanitaire et de l'assurance maladie.  
Bernard RIBERI, chargé du contrôle des structures  
Agnès MACK, responsable du département de l'action sociale de la CRAM  
Françoise LAFFET, cadre du département de l'action sociale CRAM  
Valéry GUIGOU, cadre du département de l'action sociale CRAM  
Sabine SCHANG, responsable du département du service social.

### **Conseil général des Bouches-du-Rhône**

M.FILATRIAU, directeur général adjoint en charge des solidarités  
Eric BERTRAND, directeur personnes âgées, personnes handicapées.  
Bernard DELON, directeur adjoint, chef de service instruction et gestion des aides  
Mireille BAILLY, adjointe au chef de service.  
Sophie GENESTA, secrétariat du chef de service  
Marie-France MANENTI, secrétariat du chef de service  
Danielle JEAN, instructeur APA  
Christine MONTAGON, instructeur APA  
Evelyne VILUCCHI, instructeur APA  
Zabel TORLIGUIAN, service comptable  
Denise CIMA, service comptable  
Dr Colette PHILIP, chef de service.  
Doriane ARNIAUD  
Sylvie DAURELLE  
Carole VANHUST, contrôleur APA  
Corine TICHIT, travailleur social référente  
Nadine SALLES, travailleur social  
Flora VELUT, travailleur social  
Nathalie CHOUKRI, secrétaire  
Hayat CHAHMI, secrétaire  
Jean-François DELEIS  
Magali BENCIVENGA , responsable du pôle Evaluation des politiques publiques et du pilotage stratégique, direction du Contrôle de gestion;  
Frédéric PARIS, chargé d'évaluations de politiques publiques, direction du Contrôle de gestion  
M. Marcel ESTEVE, responsable du domaine DGAS à la direction des systèmes d'information et de télécommunication

### **Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.**

M. le directeur de l'hôpital public gériatrique de la Tour Blanche Montolivet  
M. Thierry BAUTRANT, établissement La Source  
Mme Sylvie BAUTRANT, médecin coordonateur, La Source  
Mme Dominique DEBRAND, directrice délégué de l'EHPAD « Le hameau des accates », association APEPS  
Didier DEBRAND, directeur général de la Fédération d'Entr'aide sociale (Fed'ES)  
Docteur Claude GOFFINET, médecin coordonateur, le Hameau des Accates.

### **Services d'aide à domicile.**

Patrick AGATI, Arcade Assistance, association créée en 2002  
Christine BANSILLON-DELTORT, ABED (Aide Bien Etre et Confort à domicile), créée en 2003  
Marie Ange PELISSONI, OMIAL, association agréée créée en 1971  
Hervé SITBON, Générations Services, association agréée créée en 1996  
Pierre GOUZE, président de la fédération 13 ADMR, trésorier du CLIC de Salon-de-Provence  
Agnès ATHENOUX, directrice adjointe de la Fédération 13 ADMR  
Gilles MESSONNIER directeur général de la Fédération 13 ADMR

Elisabeth DELEPINE directrice ADM association d'aide à domicile de Marseille  
 Ali DJICHAOUI, chef comptable ADM  
 Marjorie POUSSER, responsable de secteur, ADM

## **DEPARTEMENT DE LA HAUTE-CORSE**

### **Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales**

Philippe SIBEUD, directeur  
 Guy MERIA, adjoint au directeur chargé du pôle Personnes Agées  
 Yves MAULAZ, IHC  
 Annette DUMONT, IPASS

### **Conseil général**

Président du Conseil général : M. GIACOBBI  
 Directeur Général : Thierry GAMBAMARTINI  
 Christine CAVATORTA, chef du service informatique

### *Direction des Intervention sanitaires et sociales*

Pierre OLMETA, directeur  
 Dominique ARRIGHI, médecin territorial

### *Service aide aux adultes*

Jean François LEONI, chef du service des aides aux adultes  
 M. ROSSINI, cellule contrôle d'effectivité

### *Instructeurs :*

#### *Equipe de visiteurs à domicile :*

- Antoinette CIONI, adjoint administratif principal, secteur de Bastia
- Corinne SELVINI, assistant social éducatif (éducatrice spécialisée), secteur de Corte
- Yolande GAYE, assistant socio éducatif principal ; contrôle et suivi social, secteur de Corte
- Lucie PINASCO, rédacteur principal, secteur de la Plaine Orientale
- Marie Ange ANTONI, adjoint administratif, travailleur social, secteur Plaine Orientale
- Christophe MARIANI, adjoint administratif, secteur de Balagne
- Baptiste PIFERINI, adjoint administratif, secteur de Balagne

### *Service de la comptabilité et du contrôle financier*

Georges BALDRICHI, chef du service de la comptabilité et du contrôle financier  
 Jean Charles LEONARDI, service de la comptabilité et du contrôle financier

### **Services d'aide et d'accompagnement à domicile**

Bernard GIAMMARI, directeur de l'association CORSSAD, créée en 1971  
 Gérard SIMON JEAN, Corse Aide à la Personne (CAP), créée en 2007  
 Magali BIANCHI, association A.V.E.C., (créée en juin 2008)  
 Claude. CLINI, association « Aiutu e Sulidaritu », créée en 1980  
 M. BENEFORTE, directeur de l'ADMR, créée en 1963

### **Directeurs d'EHPAD**

Jean GOUR, directeur de l'EHPAD (SAS) « Maison Notre Dame », Bastia, président de l'association des directeurs d'EHPAD  
 Christian CAMPANA, directeur de l'EHPAD (associatif) « U Serenu », Corte, vice-président de l'association des directeurs  
 Bernard MOSCA, directeur de l'EHPAD (SARL) « Résidence P. Bocognano », Bastia

**CLIC**

Alain USCIATI, CLIC de la Plaine Orientale (association)  
Antoinette USCIATI, CLIC de la Plaine Orientale  
Anne LEONARDI, CLIC du Grand Bastia (Conseil général)  
Françoise BACCHIONI, CLIC Centre Corse (association « U Serenu »)  
Paola CASANOVA, CLIC Centre Corse  
Françoise CARUSO, Clic Alp'Ages

**CODERPA, Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées**

Michel ORSINI, deuxième vice président  
René MORGUE, représentant de l'Union Française des Retraités (UFR), membre du bureau,  
Gaston GRAZI, CPAM, premier vice président, représentant de la CPAM à la commission APA

**DIVERS**

Marie-Noëlle VILLEDIEU, directrice de la maison départementale des personnes handicapées de Paris, ancienne directrice personnes âgées, personnes handicapées du conseil général de l'Essonne.

# Annexe 1 : Principales modifications du code de l'action sociale et des familles suggérées

## A/ Favoriser le contrôle de l'effectivité des aides à domicile

### Exposé des motifs

Lorsque des contraintes peuvent être évitées aux allocataires grâce à des liaisons directes entre services publics, il convient de favoriser ces dernières. Elles ont également l'avantage de faciliter les contrôles. Toutefois, l'usage de certains supports destinés à faciliter le contrôle de l'effectivité des aides à domicile, comme le recours aux titres emploi service, sous forme de chèques (CESU) ou sous forme dématérialisée, devrait pouvoir être exigé par les présidents de conseils généraux qui l'estiment utile.

### Dispositif

L'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article L 232-7 est ainsi complété :

« Toutefois, le Président du Conseil général peut établir des liaisons directes avec les organismes de recouvrement des cotisations sociales ou les services d'aide à domicile. Il peut exiger, dans le cas d'emploi direct d'un salarié, le recours à des modalités de règlement présentant des garanties d'efficacité et d'effectivité».

## B/ Accélérer les délais et simplifier les procédures au regard des commissions

### Exposé des motifs :

La mission de proposition donnée à la commission de l'article L232-12 génère des délais importants et une lourdeur de fonctionnement, sans apporter de réelles plus-values au regard d'un dispositif encadré par les textes et un barème. Sans remettre en cause la commission, il est donc proposé de lui donner une mission d'orientation et de surveillance, le président du conseil général conservant la possibilité de la consulter sur des dossiers individuels.

Par ailleurs, sa mission de conciliation est maintenue en cas de recours et même renforcée, en rendant sa saisine préalable au recours juridictionnel devant la commission départementale de l'aide sociale.

### Dispositif :

Au premier alinéa de l'article L 232-12, les mots « sur proposition d'une commission présidée par le président du conseil général ou son représentant » sont supprimés.

Au début du deuxième alinéa, est introduite la phrase suivante :

« Une commission présidée par le président du conseil général surveille la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie et oriente par ses avis les pratiques. »

A l'article L 232-18, le mot « peut » est remplacé par les mots « doit, avant la saisine de la commission départementale d'aide sociale ».

A l'article L 232-18, il est ajouté un troisième alinéa ainsi rédigé : « Elle dispose d'un délai déterminé par décret pour formuler une proposition. Le président du conseil général dispose d'un délai déterminé par décret pour prendre sa décision. A défaut du respect des délais de formulation d'une proposition

par la commission et du délai de décision du président du conseil général, les personnes mentionnées au premier alinéa peuvent saisir la commission départementale prévue à l'article L134-6. »

Le troisième paragraphe de l'article D 232-25 est ainsi modifié :

« La commission examine au moins une fois par an, sur la base d'un rapport d'activité des services du conseil général, la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie et donne un avis sur ce rapport ainsi que sur les directives éventuelles et les conventions conclues par le conseil général. Le président du conseil général peut la consulter, en tant que de besoin, sur des dossiers individuels. »

### **C/ Favoriser le fonctionnement collectif des équipes médicosociales**

Exposé des motifs :

La protection du secret professionnel peut être parfois utilisée pour conforter des réflexes de cloisonnements professionnels générateurs de pertes d'efficacité. Il peut être envisagé un nouvel équilibre entre le secret professionnel de chacun des membres de l'équipe médico-sociale. La mission propose de faire vivre la notion de secret partagé entre professionnels dans des conditions définies de manière stricte.

Dispositif :

A la fin du premier alinéa de l'article L 232-14, est introduit la phrase suivante : « les informations personnelles soumises au secret professionnel et transmises aux professionnels de santé ou aux travailleurs sociaux par les demandeurs à l'occasion de l'instruction du dossier peuvent être échangées au sein de l'équipe médico-sociale dans la mesure où la communication de ces informations est nécessaire pour permettre une évaluation pertinente de la situation de perte d'autonomie du demandeur de l'allocation ou de l'allocataire.»

### **D/ Assouplir les règles en laissant plus d'autonomie au conseil général, tout en prenant en compte les pratiques actuelles.**

#### **– Procédures médico-sociales**

Exposé des motifs :

Les textes réglementaires établissent actuellement des règles de gestion relativement contraignantes pour les conseils généraux qui vont parfois à l'encontre d'une bonne gestion ou ne peuvent être respectées compte tenu des situations locales. Il est donc proposé d'alléger des procédures pour permettre aux pratiques de ne pas aller à l'encontre des textes. En même temps, des changements de dénomination permettent de préconiser un meilleur examen des situations individuelles le justifiant au sein d'une équipe technique procédant à un examen conjoint des situations soulevant un problème d'appréciation.

Dispositif :

L'article R 232-7 est ainsi modifié :

Les mots « équipe médico-sociale » sont remplacés par « service médico-social ».

#### **– Caractère systématique des évaluations à domicile.**

Si l'option 2 de la recommandation était privilégiée - validation de l'évaluation faite par le médecin choisi par le demandeur en cas d'estimation de niveau de dépendance correspondant au GIR 5 ou 6, pas de déplacement à domicile d'un agent du conseil général dans ce cas - les textes devraient être alors corrigés de la façon suivante.

Dispositif :

Au deuxième alinéa, après les mots « visite à domicile effectué par l'un au moins des membres » sont insérés les mots « lorsque les éléments au dossier la justifient, »

Le quatrième et le cinquième paragraphe sont remplacés par :

« Dans un délai déterminé par le conseil général, à compter de la date du dépôt du dossier de demande complet, le service médico-social, après examen conjoint des cas soulevant un problème d'appréciation par une équipe pluridisciplinaire comportant au moins un médecin et un travailleur social, transmet une proposition au président du conseil général ou à son délégué, qui statue dans un délai déterminé par le conseil général.

L'ensemble de ces délais ne peut excéder le délai de deux mois dont dispose le président du conseil général, conformément à l'article L 232-14. »

-Majoration de 10% de la participation du bénéficiaire de l'APA

Une majoration automatique de l'APA, non mise en œuvre en pratique faute d'un texte d'application, est actuellement prévue. Il est suggéré de laisser le président du conseil général décider de sa mise en œuvre, compte tenu du contexte local.

A l'article R 232-14, le mot « est » majorée de 10 p.100 est remplacée par « peut être ».

#### **E/ Uniformiser les pratiques en matière de révision des ressources**

Exposé des motifs :

Les dispositions en vigueur ne prévoient qu'implicitement le contrôle annuel des ressources, ce qui a conduit de nombreux conseils généraux à n'y procéder que lors de renouvellements d'APA, espacés de 2, 3 ou 4 ans selon les départements. Il paraît important d'en revenir sur ce point qui génère des inégalités à une pratique uniforme, qui serait faciliter par la mise au point d'un système de transmission d'information, si possible dématérialisé entre les conseils généraux et l'administration fiscale.

Dispositif

L'article R 232-6 est complété d'un alinéa 1 ainsi rédigé:

« Les ressources des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie sont révisées au moins une fois par an. Une transmission des données nécessaires, sous une forme adaptée, peut être organisée dans le cadre d'un accord entre le président du Conseil général et la direction départementale des services fiscaux ou dans le cadre d'un accord national entre l'Association des départements de France et le ministère chargés des services fiscaux ».

#### **F/ Renover l'information des maires**

Exposé des motifs

Les textes prévoient actuellement que le maire de la commune de résidence du demandeur est informé du dépôt de la demande d'APA. Cette obligation, inégalement mise en œuvre, est peu opérationnelle, la quasi-totalité des mairies au mieux classant cette information. Il est proposé de la remplacer par un principe d'information des maires des décisions d'APA concernant leurs ressortissants, dès lors qu'ils demandent au conseil général à être informés et organisent le traitement de cette information.

Dispositif :

A l'alinéa 2 de l'article R 232-23, les mots « et pour informer de son dépôt le maire de la commune de résidence du demandeur » sont abrogés.

Il est ajouté à l'article R 232-27 un alinéa supplémentaire ainsi rédigé :

« Le maire de la commune de résidence de bénéficiaires d'APA est informé à sa demande, lorsqu'il souhaite exploiter ces données, des décisions d'attribution d'allocation personnalisée d'autonomie par le conseil général. »

#### **G/ Améliorer les relations entre les conseils généraux et les caisses de retraite pour assurer une bonne gestion**

L'arrêté interministériel fixant le cahier des charges, prévu à l'article L 232-13, sera adapté afin que les conventions entre le département et les organismes de sécurité sociale permettent d'assurer une information mutuelle des décisions, des mises en paiement et cessations de paiement ainsi que de faciliter une évaluation commune des niveaux de dépendance et des plans d'action ou d'aides.

La CNAV sera appelé à s'y conformer dans un délai déterminé, la CNSA l'appuyant dans sa négociation avec les conseils généraux.

#### **H/ Elargir et préciser les missions de la CNSA pour les personnes âgées dépendantes**

Exposé des motifs

Cf supra, sur le pilotage du financement et de l'organisation du risque de perte d'autonomie dans son ensemble. Plusieurs rédactions sont possibles et ont été préparées par la DGAS notamment. *A minima*, il conviendrait de faire la modification suivante.

Dispositif.

Le 6<sup>ème</sup> alinéa de l'article L 14-10-1 du Code de l'action sociale et de la famille est remplacée comme suit :

« 6° d'assurer un échanges d'expériences et d'informations, entre les conseils généraux au titre de leurs compétences définies à l'article L.113-2 du code de l'action sociale et de la famille, et entre les maisons départementales des personnes handicapés mentionnés à l'article L.146-3, de diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelles des besoins et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation des personnes handicapés et des personnes âgées dépendantes ».

## **Annexe 2 : Synthèse des enquêtes de sites**



## A/ Tableau synoptique

Tableau 9 : Tableau de synthèse général (partie1)

Départements classés par ordre chronologique des missions = ordre de vieillissement de la population

Source : DREES et CG 13, CG2B chiffres rectifiés lors de la mission IGAS

	Ain	Eure et Loir	Bouches du Rhône	Haute Corse	France metro
<b>Contexte démographique et sanitaire</b>					
Population âgée: taux de 85 et + (en %) Cf Tableau 3	la moins âgée : 1,4	1,8	1,9	la plus âgée : 2,3	1,8
Taille de la population	Moyen : 545 000 hab	Moyen : 419 000 hab	L'un des plus gros : 1,9 Million hab	L'un des plus petits : 149 000 hab	
Géographie (densité)	Urbain à 60% (98 hab /km2)	Urbain à 61% : (71 hab /km2)	Urbain à 98% (378 hab/km2)	Rural à 51% (montagne) (32 hab /km2)	(112 hab/km2)
Places d'EHPAD pour 1 000 hab de 75 ans et plus	Offre importante 147	Offre importante 131	Manque de places 93	Offre surabondante 159	120
Offre en soins infirmiers lib (Cf Tableau 4 : ratios)	Faible 0,74	Très faible 0,50	Surabondante 2,27	Surabondante : 1,71	1,00
<b>Données générales sur l'APA (2007)</b>					
Taux de bénéficiaires / pop de 75 et plus (‰). Ratio / France	191 0,91	Faible : 164 0,78	Moyen : 208 0,99	Fort : 250 1,18	211 1,00
Répartition par lieu de vie : % des bénéf APA en établissement	Fort 45%	Très fort : 52%	Moyen 31,5%	Faible 17%	39%
Dépense annuelle moyenne par bénéficiaire (Ratio/France met)	3988 € 0,97	3593 € 0,87	3334 € 0,81	3952 € 0,96	4127 € 1,00
<b>Organisation de l'instruction</b>					
Organisation du CG pour l'APA	Décentralisé	Centralisé	Centralisé, industrielle	Centralisé et territorial	
Rôle des médecins traitants	Essentielle : convention avec l'ordre des médecins	Faible : le Gir social prévaut souvent	Faible : Visite systématique des méd du CG	Fondamental mais informel	
Visiteurs à domicile	A S polyvalentes de secteur + Cram, Msa	Pluridisciplinaire (TS, CESF, Psy)	Pluridisciplinaire : TS et CESF	Agents administratifs	
Ratio : ETP pour 1000 dossiers (en stocks)	nd	10,8	4,5	9,7	
Ratio flux/stocks dont à domicile dont en établissement	nd	nd 0,21	0,98 1,03 0,83	0,68 0,72 0,49	
Durée d'attribution de l'APA à domicile	4 ans	3 ans	3 ans	2 ans	
Délais d'instruction (APA à domicile)	Inf à 2 mois (52 jours)	Plus de 5 mois (158 jours)	Inf à 2 mois (59 j en 2007, 51 jours en 2008)	4 mois ½ (137 jours)	Règle : Inf 2 mois (60 jours)
Taux de première demande Taux de rejet (APA à domicile)	40% 6%	45 % 3%	23%	8%	

Tableau 10 : Tableau de synthèse général (suite)

	Ain	Eure et Loir	Bouches du Rhône	Haute Corse	France métro
APA à domicile					
Répartition par niveau de dépendance					
GIR 1	2	3	3	4,5	3
GIR2	16	24	13	26	18
GIR3	22	28	16	43	22
GIR4	60	45	68	27	57
Nombre de bénéficiaires	(4286)	(3046)	(20 318)	(3525)	(667 000)
Montant moyen du plan d'aide (2007 en % / France métro				449 €	
Part du prestataire	68%	nd	77%	82%	
Part du gré à gré	11%		9%	17% (oct 08)	
Contrôle d'effectivité	Expérimentation dans 1 ou 2 circonscriptions	Exhaustif récent sur pièces	Prestataires : Domiphone Gré à gré : CESU	Prestataires : DOMIPHONE et CESU	
APA en établissements					
Dotation globale : % d'ets/ets ayant signé CT	0	80%	40%	0	
Répartition par niveau de dépendance (hors dotation globale)					
GIR 1	17	16	15	21	15
GIR2	39	42	45	45	28
GIR3	18	16	19	16	20
GIR4	26	25	21	18	45
Nombre de bénéficiaires hors dotation globale ; en % du total APA n établissements	(3548) 100%	(497) 17%	(5835) 56%	(701) 100%	(416 000)

Tableau 11 : Répartition des bénéficiaires selon leur lieu de vie

Source : Enquête annuelle DREES 2007(droits ouverts déclarés)

Nombre de bénéficiaires	Ain		Eure et Loir		Bouches du Rhône		Haute Corse	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
A domicile	4282	55%	3069	47%	26 052	71%	3474	84%
En établissement								
Sous dotation globale	0	0%	2830	44%	4 610	13%	0	0%
Hors dotation globale	3545	45%	566	9%	5 835	16%	681	16%
sous total établissement	3 545	45%	3396	53%	10 445	29%	681	16%
Ensemble	7827	100%	6465	100%	36 497	100%	4155	100%

Tableau 12 : Prévalence de l'APA à domicile par tranches d'âge :  
Rapport du nombre d'allocataires à domicile à la population du même âge

Source : DREES enquête annuelle 2007 pour les allocataires par tranche d'âge  
STATISS, pour la démographie par tranche d'âge (au 01 01 2005 ou 2006)  
Champ : allocataires à domicile

	Ain	Eure-et Loir	Bouches du Rhône	Haute Corse	
65-74ans	1,0%	0,8%	1,2%	3,1%	
75-84 ans	6,3%	5,0%	6,9%	14,1%	
85 ans et plus	21,8%	17,9%	23,8%	37,6%	

Tableau 13 : Prévalence de l'APA par tranche d'âge

Source : Ratio entre le nombre de bénéficiaires de l'APA et le nombre de personnes de la même tranche d'âge.

Champ : ensemble des bénéficiaires de l'APA, y compris établissements sous dotation globale..

\* Pour l'Eure et Loire et les Bouches du Rhône, les données par âge des allocataires en établissements ont été extrapolées à partir des données connues seulement pour les allocataires hors dotation globale. (hypothèse : la répartition par tranche d'âge des allocataires en établissement est la même que ce dernier soit ou non sous dotation globale).

	Ain	Eure-et Loir*	Bouches du Rhône*	Haute Corse	
65-74ans	1,6%	1,2%	1,7%	3,3%	
75-84 ans	10,0%	9,1%	9,4%	11,5%	
85 ans et plus	47,7%	46,8%	39,5%	50,5%	

## B/ Tableaux détaillés : structures

Tableau 14 : Part des personnes âgées dans la population

Source : STATISS 2007 (population au 1 er janvier 2005)

Part dans la population totale des personnes		Ain	Eure et Loir	Bouches du Rhône*	Haute Corse*	France métro*
Des 60 ans et plus	a	18,8	20,4	21,1	24,7	20,8
De 75 ans et plus	c	6,7	8,0	8,2	9,5	8,1
De 85 ans et plus	d	1,44	1,8	1,9	2,3	1,8
Part dans la population des plus de 60 ans :						
des 75 ans et plus	f=c/a	36,1	39,2	38,1	38,1	38,7
des 85 ans et plus ans	G=d/a	7,8	8,8	8,8	9,2	8,7

Tableau 15 : Effectifs en équivalent-temps plein (ETP) chargés de l'APA à domicile au 2<sup>e</sup> semestre 2008 (ETP estimés)

Fonctions / Départements	Val de Marne	Eure et Loir	Bouches du Rhône	Haute Corse
Management	1,3	2,6	2	1
Coordonateurs	3,9			
Instruction administrative (hors établissement)	23	8	20,5	8
Accueil courrier	0,5		5	2
Secrétariat	2,8	2,5	2	4
Equipe médicosociale	34	13,7	56,25	13
Comptable, mandatement, contrôle effectivité	2	3,4	6	5
total	67,5	30,2	91,75	33
nombre de bénéficiaires (stock) fin décembre 2007	7 044	3046	20 397	3525
ration nombre d'agents pour 1000 bénéficiaires	<b>9,6</b>	<b>10,8</b>	<b>4,5</b>	<b>9,7</b>

Source : CG 13, CG 28, CG 94 – nota : l'ensemble des effectifs de médecins permanents a été compté ici, de même que 6 agents sur les 8 du service financier de la DPAPH.

Tableau 16 : Densité médicale et paramédicale comparée

Professions de santé	Densité pour 100 000 habitants						Ration comparé à la France métró			
	France métropolitaine :		Ain	Eure et Loir	Bouches du Rhône :	Haute Corse	Sous densité		Sur densité	
	a	b	c	d	e	Ain	Eure et Loir	Bouches du Rhône	Haute Corse	
Médecins généralistes	112	83	81	149	116	0,74	0,72	1,33	1,04	
Médecins spécialistes	88	40	47	149	97	0,45	0,53	1,69	1,10	
Infirmiers	107	86	54	243	285	0,80	0,50	2,27	1,71	
Kinés	80	59	45	136	118	0,74	0,56	1,70	1,37	

Tableau 17 : Montant mensuel moyen des plans d'aide par niveau de dépendance comparés aux plafonds

montant plan d'aide par GIR 2007	France		France métropolitaine		Ain		Eure et Loir		Haute Corse	
	plafonds mensuels 2007	montant moyen du plan d'aide en €	montant moyen en % du plafond	montant moyen du plan d'aide en €	montant moyen en % du plafond	montant moyen du plan d'aide en €	montant moyen en % du plafond	montant moyen du plan d'aide en €	montant moyen du plan d'aide en €	%
1	1189,80	982	83%	1016	85%	902	76%	969	81%	
2	1019,83	771	76%	817	80%	769	75%	686	67%	
3	764,87	574	75%	610	80%	576	75%	408	53%	
4	509,91	352	69%	396	78%	331	65%	204	40%	
		493		520						

Source : DREES ou CGx Nota : pas de données disponibles pour les Bouches du Rhône

Tableau 18 : Part des prestataires et de mandataires

Source : Données des comptes administratifs des conseils généraux

	Ain		Haute Corse	Bouches du Rhône	Eure-et-Loir
Part du prestataire	67,8%	81,3%	76,2%	77%	nd
Part du mandataire	13,5%		0,0%		nd
Part du gré à gré	10,8	18,7%	23,8%	9%	nd
Part des frais divers	7,9				nd
APA à domicile	100 %		100 %	100%	

### C/ Tableaux détaillés : évolutions de 2003 à 2007

Tableau 19 : Nombre de bénéficiaires de l'APA déclarés par les Conseils généraux à la DREES

	au 31 déc. 2003	au 31 déc. 2004	au 31 déc. 2005	au 31 déc. 2006	au 31 déc. 2007
Ain	4728	5326	5872	6331	6794
Eure-et-Loir	NR	NR	NR	NR	NR
Bouches-du-Rhône	NR	NR	24778	NR	NR
Haute-Corse	NR	2362	NR	3137	3402
France entière	304449	353403	354561	415813	529764

Source : Enquête annuelle DREES sur les bénéficiaires de l'aide sociale (au sens large)

NR : non renseigné

## Annexe 3 : Exemple d'écarts de résultats annuels de classement par GIR par évaluateurs.

Cette annexe est extraite du rapport de site du contrôle de l'Igas sur la gestion de l'APA dans les Bouches-du-Rhône. Il s'agit du 2ème département de France en termes de nombre de bénéficiaires.

Des écarts entre la part des classifications établies par les médecins vacataires relevant du GIR 4 vont du simple au double, celle relevant du GIR 3 du simple au quadruple pour un GIR 3, celle relevant du GIR 5, du simple au septuple.

L'hétérogénéité des résultats des évaluations est particulièrement marquée pour la classification en GIR 4 : l'écart-type atteint une valeur de 8,81, soit un écart à la moyenne deux fois supérieur à celui constaté pour les GIR 3.

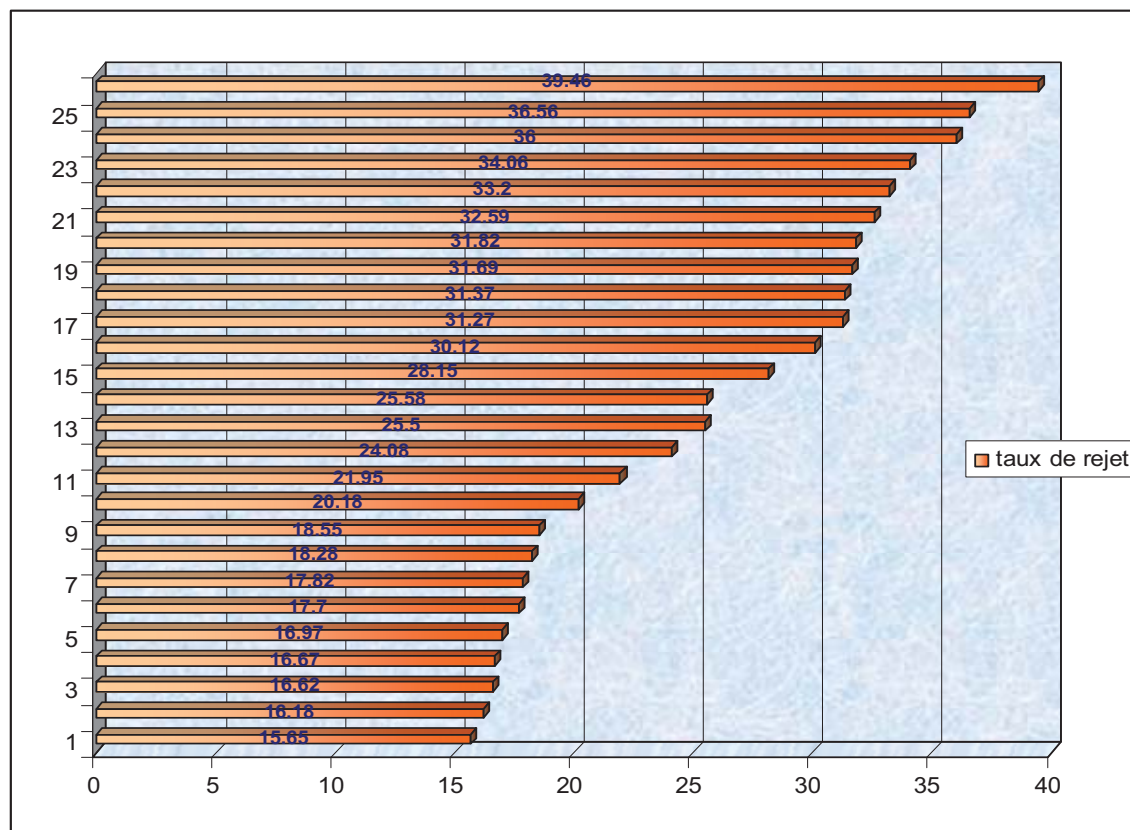
Tableau 20 : Résultats annuels des évaluations du niveau de dépendance des médecins vacataires, toutes décisions prises sur 2007.

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6
Minimum constaté dans la part des évaluations d'un médecin	0 %	7,9 %	4,5 %	33,2 %	4,0 %	3,5 %
Maximum constaté dans la part des évaluations d'un médecin	7,4 %	16,5 %	20,5 %	68,8 %	29,1 %	21,8 %
Ecart type	-	3,06	4,21	8,81	6,07	

*Source : Extractions fournies par le conseil général, exploitation mission Igas. Lecture : sur l'ensemble des l'année 2007, la plus faible part de GIR 1 en portefeuille de demandeurs d'APA d'un médecin est de 0%, la plus forte part de GIR 4 dans le portefeuille de demandeurs d'un médecin est de 33,2% ; ces parts se rapportent à des médecins différents, ce sont les écarts qui sont appréciés ici.*

Une telle hétérogénéité a des conséquences sur la part des refus préconisés selon les médecins.

Graphique 1 : Distribution des parts (en %) de rejets d'allocation APA (GIR 5 et 6) dans le portefeuille de demandeurs annuels des 26 médecins vacataires



Source : Extractions fournies par le CG 13, exploitation mission Igas. Lecture : en abscisse, le pourcentage de taux de rejet, en ordonnées chaque médecin vacataire. Le médecin ayant évalué le moins de GIR 5 ou 6 est en bas du tableau, son taux de rejet est de 15,85% sur l'année.

La compréhension de ces écarts ne va pas de soi. Les différences de populations évaluées (âge des demandeurs), la localisation plus forte sur certains territoires de personnes âgées isolées peuvent être des éléments d'explication. Toutefois, le recours à des vacataires, formés avec un autre médecin pendant les 6 à 8 premières semaines (dossier remis avec des exemples manuscrits, formation initiale de deux mois sous forme de tutorat) puis devenant autonomes et réalisant des visites seuls est un facteur de risque. Celui-ci est aggravé par l'absence de réunions d'équipe entre médecins, et entre médecins et travailleurs sociaux) et compensé a posteriori par des contrôles sur échantillon réalisés par le médecin, chef du service médical.

Une telle organisation laisse à penser que des différences d'interprétation de la grille AGGIR par les médecins vacataires persistent en amont et qu'une plus large diffusion et discussion des résultats des évaluations des médecins serait utile.



## Sigles utilisés

ACTP	allocation compensatrice pour tierce personne
AGGIR	autonomie gérontologique et groupes iso-ressources
APA	allocation personnalisée d'autonomie
CASF	code de l'action sociale et des familles
CCAS	centre communal d'action sociale
CDAS	commission départementale de l'aide sociale
CG 01	conseil général de l'Ain
CG 13	conseil général des Bouches-du-Rhône
CG 28	conseil général d'Eure-et-Loir
CG 94	conseil général du Val-de-Marne
CLIC	comité local d'information et de coordination
CNAMTS	caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV	caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNSA	caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM	caisse primaire d'assurance maladie
CRAM	caisse régionale d'assurance maladie
DDASS	direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGAS	direction générale de l'action sociale
DGEFP	délégation générale de l'emploi et de la formation professionnelle
DPAPH	direction personnes âgées personnes handicapées du conseil général
DREES	direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPA	établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMS	équipe(s) médico-sociale(s)
ETP	équivalent temps plein
GIR	groupe iso-ressources
GMP	groupe iso-ressources moyen pondéré (en établissement)
IGAS	inspection générale des affaires sociales
INSEE	institut national de la statistique et des études économiques
MARPA	maison d'accueil rurale pour personnes âgées
MDPH	maison départementale des personnes handicapées
MSA	mutualité sociale agricole
PCH	prestation de compensation du handicap
SAAD ou SAD	service d'aide à domicile
SSIAD	service de soins infirmiers à domicile
URSSAF	union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations
USLD	unité de soins de longue durée

## Bibliographie

### Documents généraux

COUR DES COMPTES ; *Les personnes âgées dépendantes*, novembre 2005

JOEL Marie-Eve, *Réguler l'ensemble du secteur médico-social de prise en charge des personnes âgées : les enseignements de l'expérience anglaise*, Sciences sociales et santé, n°1, mars 1991

ELBAUM Mireille, « Les réformes en matière de handicap et de dépendance : peut-on parler de « cinquième risque », *Droit Social*, n°11, novembre 2008

### Rapports de l'IGAS

IGA (Marie-Louise SIMONI) et IGAS (Fernand LORRANG et Michel VERNERY) *La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie en Guadeloupe et à LA Réunion*. Mission de contrôle et d'appui. Rapport IGA n° 07 061 01 et IGAS /RM2007-143A, mars 2008.

IGAS (Annie FOUQUET, Cédric PUYDEBOIS), *La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie en Eure-et-Loir*, Rapport RM2008-148A, décembre 2008

IGAS (Annie FOUQUET, Michel LAROQUE), *La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie en Haute-Corse*. Rapport RM2008-149A, décembre 2008

IGAS (Annie FOUQUET, Michel LAROQUE, Cédric PUYDEBOIS), *La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie dans les Bouches-du-Rhône*. Rapport 2009-005A, janvier 2009

IGAS (Michel LAROQUE, Michel VERNEREY), *La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie dans l'Ain*, Rapport RM2009-003A, janvier 2009.

### Données et études statistiques

DREES (Elise CLEMENT), « Dépenses d'aide sociale départementale en 2006 », *Document de travail, Série Statistique* n° 124, mai 2008

DREES (Guillaume BAILLEAU et François TRESPAUX), « Bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2006 », *Document de travail, Série statistique* n° 122, avril 2008

DREES (Philippe ESPAGNOL), « L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 31 décembre 2007 » *Etudes et résultats* n° 637, mai 2008.

DREES (Philippe ESPAGNOL, Seak-Hy LO et Clothilde DEBOUT), « L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2008 » *Etudes et résultats* n° 666, octobre 2008.

JEGER François, 2006, « L'allocation personnalisée d'autonomie : une analyse des disparités départementales », in CAUQUIL Guy, et LAFORE Robert, (dir), *Evaluer les politiques sociales*, L'Harmattan/ Société française de l'évaluation, 2006.

### L'évaluation de la dépendance

COLVEZ Alain, Véronique ROYER, Stéphanie BERTHIE-MOURGAUD et Cécile POCIELLO (Pôle d'étude et de formation gérontologique du Languedoc Roussillon) *Etude de fiabilité de l'instrument AGGIR*. Reproductibilité (test/re-test) entre évaluateurs. Dispersion des plans d'aide requise entre groupes Iso Ressources. Etude pour la DGAS. Montpellier, novembre 2008

DAVID Albert, *Rapport sur l'aide méthodologique à l'analyse et à l'amélioration de l'outil AGGIR*, Ecole des mines, Paris, 15 janvier 2006

ALBERT David, ROUX Laetitia, SZPIRGLAS Mathias, CANET Emilie, DONGES Carine, *quelles bonnes pratiques d'organisation des équipes médico-sociales autour de l'utilisation de la grille AGGIR ?* Ecole des Mines, Paris, octobre 2008

### **Les services d'aide à domicile**

CNSA (Lise BURGADE, direction de la compensation), *La tarification par les conseils généraux des services d'aide à domicile auprès des personnes âgées et des personnes handicapées. Etat des lieux des pratiques en 2007*. Septembre 2007.

IGF (Michèle DEBONNEUIL). *Les services à la personne : bilan et perspectives*. Document d'orientation. Rapport IGF n° 2008-M-024-01, septembre 2008

## Pièces jointes

Pièce jointe n°1	Formulaire de la CNSA
Pièce jointe n°2	Extrait du questionnaire annuel de la DREES sur les bénéficiaires de l'aide sociale : partie concernant l'APA
Pièce jointe n°3	Extrait du questionnaire annuel de la DREES sur les dépenses d'aide sociale - partie concernant l'APA

# Pièce jointe 1 : formulaire CNSA

ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)

## ÉTAT RÉCAPITULATIF ANNUEL DES DÉPENSES ET DES BÉNÉFICIAIRES D'APA DES DÉPARTEMENTS

(Article R.14-10-41 du Code de l'action sociale et des familles, décret n° 2006-1816 du 23 décembre 2006)

DÉPARTEMENT : ..... HAUTE CORSE

EXERCICE : 2007

PERSONNE CHARGÉE DU DOSSIER :

Service financier du Conseil Général :  
 Personne chargée des affaires sociales  
 (bénéficiaires APA)  
 Paierie départementale :

M. .... LEONARDI JEAN CHARLES ..... Tél : .....  
 M. .... Tél : .....  
 M. .... Tél : .....

Mel : .....  
 Mel : .....  
 Mel : .....

CHAPITRE APA (article L. 3321-2 du CGCT)	DÉPENSES / MANDATS (en euros)				RECETTES / TITRES (en euros)			DÉPENSES NETTES en euros	NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES	
	Mandats émis	Admission en non valeur	Mandats annulés (exercice 2007 et exercices antérieurs)	Mandats émis - mandats annulés	Titres émis	Titres annulés (exercice 2007 et exercices antérieurs)	Titres émis - titres annulés		Bénéficiaires de droits ouverts au 31/12	Bénéficiaires d'un paiement en décembre 2007
	1	2	3	4 = 1 + 2 - 3	5	6	7 = 5 - 6	8 = 4 - 7	A	B
<b>APA OBLIGATOIRE</b>										
I. APA à domicile	15 076 211,85	/	708 585,80	14 367 616,04	158 894,86	10 806,89	148 087,77	14 219 528,27	3727	
	(compte 651141)	(compte 654)	comptes 651141 et 773	803 238,87	(comptes 7533, 7714)	(comptes 7533 et 673)				
II. APA versée au bénéficiaire en établissement	811 674,69	/	11 865,35	799 809,34	249,30	/	249,30	799 560,04	244	
	(compte 651142)	(compte 654)	comptes 651141 et 773		(comptes 7533, 7714)	(comptes 7533 et 673)				
III. APA versée à l'établissement	1 352 624,23	/	68 803,54	1 283 820,69	/	/	/	/	/	
	(compte 651143)	(compte 654)	comptes 651141 et 773		(comptes 7533, 7714)	(comptes 7533 et 673)				
IV. MONTANT TOTAL ANNUEL	17 240 510,78	/	789 264,69	16 451 246,09	159 143,96	10 806,89	148 337,07	16 302 909,02	3971	

Dont rattachement de charges à l'exercice	
I. APA à domicile	
II. APA versée au bénéficiaire en établissement	
III. APA versée à l'établissement	
IV. Total	

APA FACULTATIVE	
V. APA autres	(M 52, compte 651148)
VI. Dépenses APA effectuées sur autres chapitres	

Observations :

L'Ordonnateur,

Pour le Président et par Délégation  
 Le Directeur  
 Services

Pierre OLMETA

A Bastia, le 21 Février 2007

Le Comptable,

## Pièce jointe 2 : Extrait du questionnaire annuel de la DREES sur les bénéficiaires : Partie personnes âgées

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES,

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

ARTICLES R 1614-28 à R 1614-35 DU CODE GÉNÉRAL DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

### **BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE**

### **AIDE SOCIALE AUX PERSONNES ÂGÉES**

*Veillez compléter ce questionnaire et le renvoyer directement à la DREES de préférence  
par voie électronique : [francoise.trespeux@sante.gouv.fr](mailto:francoise.trespeux@sante.gouv.fr)*

*avant le 31 mars 2008*

*ou par voie postale : 14, avenue Duquesne 75350 Paris 07 SP*

*avant le 31 mars 2008*

DÉPARTEMENT .....

28

ANNÉE 2007

POUR TOUT RENSEIGNEMENT,  
CONTACTER LA DREES  
Françoise TRESPEUX - 01.40.56.88.14  
E.mail : [drees-aidesociale@sante.gouv.fr](mailto:drees-aidesociale@sante.gouv.fr)  
E.mail : [francoise.trespeux@sante.gouv.fr](mailto:francoise.trespeux@sante.gouv.fr)

PERSONNE(S) POUVANT ETRE CONTACTÉES SUR LES DONNÉES CHIFFRÉES DU QUESTIONNAIRE :	
Nom :	M'FADDEL
Domaine :	Observatoire Social Départemental
Titre ou fonction :	Chargée de mission
Tél :	02.37.20.12.16
E-mail :	lucie.mfaddel@cg28.fr
Nom :	BERNARDINO
Domaine :	Observatoire Social Départemental
Titre ou fonction :	Chargée d'études
Tél :	02.37.20.77.32
E-mail :	veronique.bernardino@cg28.fr

AUTRE PERSONNE RESSOURCE SUR L'ENQUETE (pour ce volet ou COORDONNATEUR pour toute l'enquête Aide sociale)	
Nom :	NR
Titre ou fonctions :	NR
Pour quel(s) volet(s)* :	NR
Direction :	NR
Tél :	NR
E-mail :	NR

\* SAD/PA/PH/ASE/PMI/Aide facultative/Personnels

### **CONSIGNES DE REMPLISSAGE :**

- Ne laisser aucune case à blanc.

Indiquer : "0" (zéro) si la donnée est nulle, "ND" si la donnée existe mais n'est pas disponible.

### **Notice d'aide au remplissage du questionnaire dans le cadre de la dotation globale en établissement liée à l'APA :**

\* Si tous les EHPAD de votre département sont sous dotation globale afférente à l'autonomie, NE REMPLISSEZ PAS LES TABLEAUX A3 (pour la partie établissement) ni A6.2.

\* Si une partie seulement des EHPAD de votre département est sous dotation globale afférente à l'autonomie, REMPLISSEZ L'ENSEMBLE DES TABLEAUX.

\* Si aucun EHPAD de votre département n'est sous dotation globale afférente à l'autonomie, NE REMPLISSEZ PAS LES TABLEAUX A1 NI A2.

**A. ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE****A1. ÉTAT AU 31 DECEMBRE DES ÉTABLISSEMENTS PERCEVANT L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA) SOUS LA FORME D'UNE DOTATION GLOBALE AFFÉRENTE A L'AUTONOMIE.**

Nombre d'établissements	Capacité autorisée de ces établissements	Nombre de résidents concernés par la dotation globale	Nombre de résidents exclus de cette dotation globale *
46	4037	2830	529

\* Il s'agit des personnes qui ont un domicile de secours situé en dehors de votre département et qui bénéficient d'une APA individuelle.

**A2. STOCK DE BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA) à domicile et en établissement par GIR.**

Prendre en compte les personnes percevant l'APA au 31 décembre (APA seule ou APA et ASH en établissement - ne pas comptabiliser ici les bénéficiaires de l'ASH seule -)

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 & 6*	TOTAL
Bénéficiaires à domicile	91	730	850	1398	0	3069
Bénéficiaires sous dotation globale	nd	nd	nd	nd	nd	2830
Bénéficiaires hors dotation globale	94	240	89	143	0	566
<b>TOTAL DES BENEFCIAIRES</b>	<b>807</b>	<b>2204</b>	<b>1510</b>	<b>2271</b>	<b>351</b>	<b>6465</b>

(\*) prise en charge facultative par le département.

**A3. STOCK DE BÉNÉFICIAIRES DE L'APA FORFAITAIRE D'URGENCE OU PAR DÉCISION IMPLICITE à domicile et en établissement**

	A domicile		En établissement		Ensemble
			hors dotation globale	sous dotation globale	
Bénéficiaires d'une APA forfaitaire d'urgence	0	0	0	ND	ND

**A4. STOCK DE BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA) à domicile et en établissement par type de prestation**

Prendre en compte les personnes percevant l'APA au 31 décembre en indiquant, pour les bénéficiaires en hébergement, si cette prestation est versée seule ou avec l'ASH.



**A5. DÉPENSES COUVERTES PAR L'APA À DOMICILE après déduction de la participation financière des bénéficiaires**

*Il s'agit de ventiler les sommes (en euros et sans mentionner les centimes) versées par le Conseil général aux bénéficiaires de l'APA au cours de l'année.*

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5, 6 et GIR inconnu	TOTAL
<b>Rémunération d'intervenants à domicile</b> :						
1. service mandataire	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2. service prestataire	ND	ND	ND	ND	ND	ND
3. emploi direct	ND	ND	ND	ND	ND	ND
<b>Sous-total des dépenses de personnel (1+2+3)</b>	ND	ND	ND	ND	ND	ND
<b>Prise en charge d'aides diverses concourant à l'autonomie *</b>	ND	ND	ND	ND	ND	ND
<b>Règlement des frais d'accueil de jour ou d'hébergement</b>	ND	ND	ND	ND	ND	ND
<b>Règlement de l'accueil familial à titre onéreux</b>	ND	ND	ND	ND	ND	ND
<b>Total des dépenses</b>	ND	ND	ND	ND	ND	#####

\* Dépenses de transport, d'aides techniques, de portage de repas, de téléalarme, liées à l'incontinence, de diagnostic en matière d'adaptation du logement, de petits travaux...

**A6. STOCK DE BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA) par GIR et tranche de revenus (ressources au sens de l'APA)**

*Prendre en compte les personnes percevant l'APA au 31 décembre (APA seule ou APA et ASH en établissement - ne pas comptabiliser ici les bénéficiaires de l'ASH seule -)*

## A6.1. Allocation personnalisée d'autonomie à domicile

Personne seule	Couple	Ensemble
Moins de 670 €	Moins de 1 119 €	388
670 à 919 €	1 139 à 1 563 €	739
920 à 1 019 €	1 564 à 1 733 €	376
1 020 à 1 316 €	1 734 à 2 238 €	774
1 317 à 1 992 €	2 239 à 3 388 €	590
1 993 à 2 669 €	3 389 à 4 537 €	144
2 670 à 3 399 €	4 538 à 5 779 €	34
Plus de 3 399 €	Plus de 5 779 €	24
<b>Ensemble</b>		<b>3 069</b>

## A6.2. Allocation personnalisée d'autonomie en établissement

Personne seule	Couple	Hors dotation globale	Sous dotation globale	Ensemble
Moins de 670 €	Moins de 1 340 €			ND
670 à 919 €	1 340 à 1 839 €	83	ND	ND
920 à 1 019 €	1 840 à 2 039 €	99	ND	ND
1 020 à 1 316 €	2 040 à 2 634 €	66	ND	ND
1 317 à 1 992 €	2 635 à 3 986 €	124	ND	ND
1 993 à 2 669 €	3 987 à 5 338 €	130	ND	ND
2 670 à 3 399 €	5 339 à 6 799 €	42	ND	ND
Plus de 3 399 €	Plus de 6 799 €	10	ND	ND
		12	ND	ND
<b>Ensemble</b>		<b>566</b>	<b>2 830</b>	<b>3 396</b>

**A7. STOCK DE BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA) par sexe et âge selon le lieu de résidence**

	bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre				bénéficiaires de l'APA en établissement (hors dotation globale) au 31 décembre			
	60 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans ou +	Ensemble	60 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans ou +	Ensemble
Hommes	152	361	343	856	15	50	47	112
Femmes	277	940	996	2213	16	124	314	454
<b>TOTAL</b>	<b>429</b>	<b>1301</b>	<b>1339</b>	<b>3069</b>	<b>31</b>	<b>174</b>	<b>361</b>	<b>566</b>

Année 2007 -  
N°  
département 28

**B - STOCK DE BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE MÉNAGÈRE DÉPARTEMENTALE  
OU DE L'ALLOCATION REPRÉSENTATIVE DE SERVICES MÉNAGERS (ARSM)**

*Prendre en compte les personnes admises à l'aide sociale par décision de la commission d'aide sociale.*

GIR 1 à 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	GIR inconnu	Nombre de bénéficiaires au 31 décembre
0	0	0	0	30	30

### C. STRUCTURE D'ACCUEIL

**Hébergement seul** : compter les personnes bénéficiant uniquement de la prise en charge de leur équivalent loyer et charges locatives.

**Entretien complet** : compter les personnes en hospices, maisons de retraite, ainsi que dans les logements-foyers qui assurent, avec une prise en charge unique, hébergement et repas.

**Unités de soins de longue durée** : compter les personnes placées dans des unités de soins de longue durée pour lesquelles le prix de journée "hébergement" est pris en charge par l'aide sociale.

**Accueil de jour** : il s'agit de la prise en charge au titre de l'aide sociale.

**Accueil par des particuliers** : il s'agit de la prise en charge au titre de l'aide sociale (Livres IV - Titre IV "Particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées" du Code de l'action sociale et des familles).

#### C1. AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT (ASH) EN ÉTABLISSEMENT

Rubriques	Nombre de bénéficiaires au 31 décembre
1. Hébergement seul : logement-foyer (sans repas).....	0
2. Entretien complet : maison de retraite ou hospice (avec ou sans section de cure), logement-foyer (avec repas) ...	472
3. Unités de soins de longue durée.....	124
<b>Total (1+2+3) .....</b>	<b>596</b>
Accueil de jour.....	ND

#### C2. AIDE SOCIALE EN ACCUEIL FAMILIAL

Rubrique	Nombre de bénéficiaires au 31 décembre
Accueil par des particuliers.....	7

### D. LES BÉNÉFICIAIRES EN LOGEMENT-FOYER

Type de prise en charge	Nombre de bénéficiaires au 31 décembre
1. Repas seul.....	15
2. Hébergement seul (reporter la donnée renseignée en C1.1) .....	0
3. Entretien complet (hébergement + repas).....	1
<b>Total (1+2+3) .....</b>	<b>16</b>

Année 2007 - N°  
département

28

### E. SEXE ET ÂGE DES BÉNÉFICIAIRES D'UNE PRISE EN CHARGE AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE AUX PERSONNES ÂGÉES Y COMPRIS EN FAMILLES D'ACCUEIL OU EN LOGEMENTS-FOYERS

**Pour les tableaux E1 et E2 :**

*Si une personne bénéficie de plusieurs aides, il faut la comptabiliser une seule fois.*

*Pour cela il faut inscrire :*

*\* dans la rubrique de l'aide sociale à l'hébergement : les personnes qui bénéficient de l'ASH seule.*

*\* dans la rubrique de l'allocation personnalisée d'autonomie : les personnes qui bénéficient de l'APA seule ou de l'APA et de l'ASH.*

### E1. STOCK DE BÉNÉFICIAIRES SELON LE SEXE

	bénéficiaires au 31 décembre					Total (1) à (5)
	d'une aide ménagère (1)	d'une APA à domicile (2)	d'une aide à l'hébergement (ASH) seule (3)	d'une APA en établissement sous dotation globale (4)	d'une APA en établissement hors dotation globale (5)	
Hommes	6	856	226	ND	112	ND
Femmes	24	2213	323	ND	454	ND
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>3069</b>	<b>549</b>	<b>2830</b>	<b>566</b>	<b>7044</b>

### E2. STOCK DE BÉNÉFICIAIRES SELON L'ÂGE

Années de naissance	bénéficiaires au 31 décembre					Total (1) à (5)
	d'une aide ménagère (1)	d'une APA à domicile (2)	d'une aide à l'hébergement (ASH) seule (3)	d'une APA en établissement sous dotation globale (4)	d'une APA en établissement hors dotation globale (5)	
Après 1941	1	59	64	ND	6	ND
De 1941 à 1937	6	101	43	ND	7	ND
De 1936 à 1932	3	269	74	ND	18	ND
De 1931 à 1927	7	463	100	ND	64	ND
De 1926 à 1922	4	838	85	ND	110	ND
1921 et avant	9	1339	183	ND	361	ND
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>3069</b>	<b>549</b>	<b>2830</b>	<b>566</b>	<b>7044</b>

## Pièces jointes 3 : Extrait du questionnaire DREES sur les dépenses d'aide sociale : partie aide aux personnes âgées

RUBRIQUES	DÉPENSES BRUTES (1)	RECETTES				DEPENSES NETTES (6) = (1) - (5)
		Participations [compte 747] (2)	Récupérations sur bénéficiaires, tiers payants, successions [compte 7513] (3)	Autres recettes [solde de la classe 7] (4)	Total des recettes (5) = (2)+(3)+(4) [classe 7] (5)	
<b>Total APA (sous-fonction 55)</b>						(6)
APA à domicile (a)						
APA versée au bénéficiaire en établissement (b)						
APA versée à l'établissement (c)						
Autres dépenses d'APA (préciser)						
<b>Total Aide sociale aux personnes âgées hors APA et hors ACTP (sous-fonction 53) (d)</b>						
Aide à domicile hors APA et hors ACTP (d) et (e) (compte 65113)						
Aide en établissement hors APA (f) (compte 65222)						
dont Aide sociale à l'hébergement (ASH)						
dont frais de repas en foyer (g)						
<b>Accueil par des particuliers (h) (compte 65221)</b>						
<b>Autre accueil (i)</b>						
<b>Participations (compte 656)</b>						
<b>Subventions (compte 657)</b>						
<b>Autres dépenses (préciser)</b>						

Année 2007 -  
N° département

## **Observations de la DGAS**





Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville  
Ministère du logement

**Direction générale de l'action sociale**

Sous-direction des âges de la vie  
Bureau des personnes âgées (2C)

Paris, le

**Dossier suivi par :**

**Annick Bony**

Tél. : 01 40 56 85 78

Fax : 01 40 56 87 79

Courriel : [annick.bony@sante.gouv.fr](mailto:annick.bony@sante.gouv.fr)

N/ réf : rapport IGAS gestion de l'APA obs DGAS

N° mercure :

Le directeur général de l'action sociale

à

Monsieur le Chef de l'Inspection  
des affaires sociales

générale

**Objet : La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie**

**Synthèse des contrôles de la mise en œuvre de l'APA réalisés dans plusieurs départements**

Vous m'avez communiqué, pour observations, le rapport provisoire sur « la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie – Synthèse des contrôles de la mise en œuvre de l'APA réalisés dans plusieurs départements ». Dans le cadre d'une mission de contrôle de l'adéquation des pratiques aux textes organisant le dispositif juridique de l'APA et d'évaluation de la réglementation, ce rapport analyse les différences d'organisation et de pratiques dans quatre départements - l'Ain, les Bouches-du-Rhône, la Haute-Corse et l'Eure-et-Loir - pour déboucher sur des recommandations d'évolution de la réglementation et de bonnes pratiques.

Le constat général, au-delà de la bonne implication des conseils généraux dans la mise en œuvre de l'APA et de l'extrême diversité de leurs pratiques, est celui d'un respect inégal des textes législatifs et réglementaires organisant l'instruction des demandes d'APA et la gestion de la prestation. A cet égard, la question des délais d'instruction et de notification de l'APA est caricaturale : fixés à deux mois par les articles L. 232-14 et R. 232-7 du code de l'action sociale et des familles (à la lettre du texte réglementaire, le délai est de 40 jours si la procédure s'achève à l'issue de la première proposition de plan d'aide et de 58 jours si elle donne lieu à une deuxième proposition), ces délais sont en moyenne de 142 jours en Eure-et-Loir, de 137 jours en Haute-Corse et ne s'accompagnent pas du

versement de l'APA forfaitaire prévu par la loi en cas de dépassement du terme des deux mois. Le département des Bouches-du-Rhône ne respecte le délai de deux mois (51 jours) que moyennant une entorse à la loi, à savoir la suppression pure et simple de la commission de l'APA.

Cette analyse avait déjà été conduite sur les dossiers de demande d'APA qui, dans plus de 90 % des cas - notamment par l'institution, localement, d'un dossier unique de demande d'APA, d'aide sociale et d'aide ménagère -, excédaient les exigences réglementaires en matière de documents justificatifs, délibérément simplifiées par rapport à la prestation spécifique dépendance et limitées à quatre justificatifs (article 4 du décret n° 2001-1085 et annexe 2-3 du code de l'action sociale et des familles : titre d'identité ou de séjour régulier, dernier avis d'imposition ou de non imposition, dernier relevé des taxes foncières et relevé d'identité bancaire). L'absence de dossier national de demande, alors justifiée au nom du principe constitutionnel de la libre administration des collectivités territoriales, aboutit à modifier les conditions d'accès à la prestation d'un département à l'autre et à atténuer son caractère universel.

Se trouve ainsi posé le rôle de l'Etat et de ses opérateurs dans le pilotage national de politiques sociales et dans la délivrance de prestations dont la gestion est décentralisée, sa capacité à faire appliquer uniformément la loi et le règlement dans le respect des prérogatives des collectivités et à garantir un accès équitable et un égal traitement des bénéficiaires sur l'ensemble du territoire.

Le futur projet de loi sur le 5<sup>ème</sup> risque autonomie et ses textes d'application seront l'occasion de traiter ce problème et de rechercher le meilleur point d'équilibre entre ce qui relève, d'une part, de dispositions normatives indispensables pour encadrer suffisamment, par des règles de fond et de procédure, l'exercice de leur pouvoir par les autorités décentralisées afin d'éviter que, au gré des politiques locales, ne se creusent des écarts qui mettent en cause le principe d'égalité, et, d'autre part, de recommandations de bonnes pratiques et de leur diffusion.

C'est dans cette optique que sont examinées les principales propositions et recommandations du rapport provisoire de la mission.

## 1. Les délais

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

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

## 2. L'instruction

En revanche, transformer la commission d'attribution de l'APA en commission d'orientation et de surveillance du dispositif de l'allocation personnalisée d'autonomie implique une modification législative comme l'indique le rapport. Cette transformation ne serait pas anodine car elle modifierait le processus décisionnel équilibré prévu pour l'attribution de l'APA et fondé sur l'intervention d'une instance collégiale qui exerce un pouvoir de proposition, sans pour autant que le président du conseil général soit lié dans ses décisions, et conférerait à celui-ci un pouvoir discrétionnaire. Cette proposition me semble donc devoir faire l'objet d'une expertise approfondie.

Les propositions visant à rendre effectif le versement d'une APA forfaitaire en cas de dépassement du délai d'instruction de deux mois (article L. 232-14 – 3<sup>ème</sup> alinéa), à conforter la commission de l'APA dans son rôle de conciliation et de règlement amiable des litiges relatifs à l'APA (article L. 232-18 du CASF) en imposant d'y recourir avant toute instance contentieuse devant la commission départementale d'aide sociale, à alléger la charge administrative des conseils généraux en supprimant l'obligation d'informer les maires du dépôt d'une demande d'APA (article R. 232-23 du CASF), à prévoir le contrôle et la révision annuelle des ressources des bénéficiaires recueillent mon accord.

Par contre, il ne me semble pas opportun, en l'absence d'arrêté définissant la notion « d'expérience acquise », de laisser aux conseils généraux une marge de manœuvre pour l'application de la majoration de 10 % de la participation financière du bénéficiaire en cas de recours à un emploi direct peu qualifié et/ou peu expérimenté (articles L. 232-6 3<sup>ème</sup> alinéa et R. 232-14 du CASF). Outre une possible rupture d'égalité, une telle disposition conduirait, dans les faits, à une réduction généralisée de 10 % des rémunérations des salariés intervenant en gré à gré auprès des bénéficiaires de l'APA, assez éloignée de l'esprit de la loi qui est de favoriser le recours à une aide qualifiée et peu cohérente avec la convention que l'Etat et la CNSA s'apprêtent à signer avec la Fédération des particuliers employeurs de France (FEPPEM) qui emporte cofinancement de la CNSA (section IV). En effet, d'après les statistiques, 30 % à 40 % des bénéficiaires de l'APA auraient recours à l'emploi direct, ce qui justifie à mon sens une réelle réflexion sur sa professionnalisation, sa sécurisation et une amélioration de sa qualité.

.../...

### 3. L'évaluation médico-sociale

Doit demeurer intangible, pour tout demandeur de l'APA, le principe d'une évaluation médico-sociale à domicile qui comporte la détermination du degré de perte d'autonomie (grille AGGIR) et l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé (outil multidimensionnel d'évaluation des besoins) par une équipe médico-sociale pluridisciplinaire : le rejet, sans visite à domicile, d'une demande d'APA provenant d'une personne évaluée en GIR 5 ou 6 par un médecin de ville est nul et non avenu et doit être considéré comme une rupture d'égalité remettant en cause le caractère universel de la prestation.

La question du certificat médical du médecin traitant doit être revue et sa production encadrée. Contrairement à l'arrêté du 28 avril 1997 pris pour l'application de l'article 9 du décret n° 97-426 du 28 avril 1997 relatif aux conditions et aux modalités d'attribution de la prestation spécifique dépendance qui mentionne le certificat médical du médecin traitant comme justificatif constitutif d'un dossier de demande complet de PSD, l'annexe 2-3 du code de l'action sociale et des familles relative au dossier de demande d'APA n'y fait pas référence, alors même que dans certains départements, le pré-remplissage de la grille AGGIR par le médecin traitant est un préalable à l'enregistrement de la demande par le conseil général au motif que « *au cours de son instruction, l'équipe médico-sociale consulte le médecin désigné, le cas échéant, par le demandeur* » (article R. 232-7 3<sup>ème</sup> alinéa du CASF). Ni formalité administrative ni substitut de la visite à domicile de l'équipe médico-sociale (EMS), le certificat médical du médecin traitant doit renseigner cette dernière sur la nature des pathologies, leur évolution, leurs conséquences fonctionnelles et rendre compte au long cours de troubles psychiques et du comportement notamment qui ne sont pas forcément décelables à l'occasion de la visite ponctuelle à domicile par un personnel non soignant membre de l'EMS. Dans ces conditions, je souscris à la proposition de mise en place et de diffusion, via les unions régionales des médecins libéraux (URML), à destination des médecins de ville, d'un guide méthodologique de remplissage du certificat médical qui viendrait compléter le nouveau guide remplissage de la grille AGGIR.

La formation des médecins libéraux à la grille AGGIR, si elle relève plutôt des conseils généraux, est une entreprise de longue haleine dont les premiers jalons sont posés. En effet, à l'occasion de la publication du nouveau guide de remplissage de la grille AGGIR (décret n° 2008-821 du 21 août 2008), une mission a été confiée par la secrétaire d'Etat à la solidarité au Docteur Jean- Marie VETEL de bâtir et déployer sur tout le territoire, sous l'égide de la DGAS et de la CNSA, une offre nationale de formation, « labellisée » et mutualisée entre tous les acteurs de l'évaluation de la perte d'autonomie. La méthode proposée consiste à démultiplier et à homogénéiser l'offre de formation par la formation de formateurs et à mettre en place, dans chaque département, une équipe de 5 à 6 personnes de formateurs « référents » ou de formateurs « relais » agréant un médecin conseil de la CRAM, deux médecins (ou personnes ressources) du conseil général pour la formation des équipes médico-sociales de l'APA et deux ou trois médecins gériatres pour la formation des médecins coordonnateurs et des équipes soignantes des EHPAD. Les formations interrégionales destinées à former les formateurs relais départementaux s'achèvent et ont permis d'amorcer la diffusion d'une culture commune de l'évaluation de la perte d'autonomie. S'ouvre à présent la phase des réunions locales à destination des équipes médico-sociales des départements et des médecins coordonnateurs des EHPAD qui, dans leur grande majorité, sont des médecins libéraux appelés, par ailleurs, à remplir

les certificats médicaux des demandeurs de l'APA à domicile et qui accèdent ainsi à une appropriation de la grille AGGIR.

Les autres recommandations de bonnes pratiques (réunions de synthèse et d'échanges sur les pratiques internes, identification du responsable de l'animation et de la coordination des équipes médico-sociales, généralisation des outils informatiques pour éviter les doubles saisies ...), dont certaines ont fait l'objet des travaux de l'Ecole des Mines avec les conseils généraux des Alpes-Maritimes, du Nord, du Puy-de-Dôme, du Rhône et des Yvelines et qui touchent à l'organisation des services des départements, pourront utilement être communiqués à l'Assemblée des départements de France et relayées dans le cadre de la concertation avec les conseils généraux sur le projet de loi 5<sup>ème</sup> risque autonomie.

#### 4. Les relations avec les caisses de retraite

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

Signée le 6 avril 2009, la convention d'objectifs et de gestion 2009-2012 affiche trois priorités pour l'action sociale de la branche vieillesse : amplifier et structurer la politique de prévention, consolider les acquis de la diversification des prestations et anticiper les mesures nécessaires à une égalité de traitement des retraités et à une continuité des prises en charge.

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

## 5. La gestion financière

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

Inciter les conseils généraux à utiliser largement le CESU préfinancé comme moyen de paiement de l'APA est une orientation que soutient la DGAS. Le CESU offre en effet plusieurs avantages : il garantit que la prestation a bien été utilisée pour le paiement d'un service ou d'un intervenant à domicile ; il réduit la dépense à la source en cas de non recours, en évitant les indus et les rappels ; il permet enfin, pour les deux raisons précédentes, de faire des économies – que le conseil général des Pyrénées Orientales, précurseur dans l'emploi du CESU a estimées à 17 % de sa dépense d'APA – qui peuvent être redéployées pour une amélioration du financement du dispositif, au bénéfice le cas échéant de l'attractivité des métiers du secteur de l'aide à domicile. Toutefois, il faut souligner que le CESU n'assure pas en tant que tel le contrôle d'effectivité : il permet de s'assurer que l'APA a bien été versée à un intervenant à domicile mais non, contrairement aux systèmes de télégestion, que le nombre d'heures prévu par le plan d'aide a bien été réalisé.

Développer l'usage du CESU préfinancé dans le cadre de l'emploi direct implique toutefois de régler le problème des cotisations sociales dues à l'Urssaf et nécessite de mettre en place un système de tiers payant entre le conseil général, émetteur du CESU, et l'Urssaf. Passer à un niveau supérieur et généraliser cet usage implique, et c'est plus discutable, de supprimer, pour le salarié en emploi direct, la possibilité de refuser d'être rémunéré au moyen du CESU (article L. 129-6 du code du travail).

## 6. La régulation du secteur et la tarification

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

Il me paraît important, dans l'examen des possibilités de simplification du cadre juridique actuel, de prendre en compte non seulement les caractéristiques des régimes juridiques mais aussi les autorités compétentes pour les mettre en œuvre. De ce point de vue, le dispositif de l'autorisation et la tarification qui lui est liée présente l'intérêt de donner aux départements, responsables de la politique gérontologique, les moyens du développement qualitatif et quantitatif de l'offre de services permettant de répondre aux besoins des bénéficiaires de l'APA notamment.

Le département dispose en outre des compétences techniques nécessaires à la mise en œuvre de l'autorisation des services d'aide à domicile, compétences que leurs missions traditionnelles ne donnent pas de manière évidente aux services de l'Etat, en particulier aux DDTEFP - quelles que soient l'implication et la qualité de l'instruction d'un certain nombre d'entre elles. Si dans certains départements, les DDTEFP suivent les avis rendus par les conseils généraux, il n'en est pas de même partout.

L'unification des modes d'autorisation de ces services passe par la suppression de l'un des deux régimes existants et par l'aménagement du régime restant. La mission IGAS d'enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées qui a examiné cette question recommande la disparition du régime de l'autorisation. La suppression de l'autorisation/tarification priverait donc les départements d'un outil utile à la mise en œuvre des responsabilités qui leur ont été confiées en matière de politique gérontologique.

Par ailleurs, la réforme du dispositif d'autorisation prévue dans le cadre du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (article 28) me paraît devoir être prise en compte dans la réflexion.

Cette réforme, qui prévoit la mise en place de deux procédures distinctes suivant que les projets relèvent ou non de financements publics, pourrait permettre, si elle est définitivement adoptée, de remédier aux critiques du régime d'autorisation, formulées notamment par les représentants du secteur lucratif, qui ont conduit à instituer le droit d'option, avec la suppression de la possibilité pour le conseil général de refuser l'autorisation si les besoins du territoire sont déjà satisfaits et des délais raccourcis par la suppression du passage en CROSM. Les services entrant dans la procédure allégée, car ne bénéficiant pas de financements publics directs, ne seraient en outre pas tarifés, ce qui correspond au souhait d'un certain nombre d'opérateurs, à but lucratif notamment. Dans ce cas de figure, le régime de l'autorisation se rapproche du régime de l'agrément qualité, tout en étant de la seule compétence du conseil général.

Ces deux éléments : plus grande pertinence de la compétence du conseil général par rapport à celle des DDTEFP et réforme importante du régime de l'autorisation plaident, à mon sens, pour approfondir le débat sur la simplification du cadre juridique des services d'aide et d'accompagnement à domicile et ne pas conclure d'emblée à une suppression de l'autorisation au profit de l'agrément. En tout état de cause, cette simplification devra s'accompagner d'une information disponible et transparente pour les usagers sur l'offre de services et le prix des services.

## 7. Le pilotage et ses outils

Le projet de loi sur le 5<sup>ème</sup> risque autonomie sera l'occasion de revenir sur la gouvernance nationale des dispositifs de protection sociale pour l'autonomie en renforçant les missions de la CNSA et en confortant ses moyens.

Deux dispositions me semblent devoir être retenues pour asseoir le pilotage national :

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

Telles sont les principales observations que suscite le rapport provisoire sur la gestion de l'APA que vous m'avez communiqué, dont je vous prie d'excuser le caractère tardif. Je proposerai aux Cabinets de reprendre certaines de vos recommandations dans le projet de loi 5<sup>ème</sup> risque autonomie.

Le directeur général de l'action  
sociale,

Fabrice HEYRIES



## **Réponses de la mission aux observations de la DGAS**



## **OBSERVATIONS EN RETOUR DES RAPPORTEURS DE L'INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**

La mission IGAS se félicite de la concordance de points de vue entre le présent rapport et la direction générale de l'action sociale. Elle prend bonne note de la reprise possible dans le cadre des évolutions législatives et réglementaires à venir d'une grande partie des propositions émises par la mission à la suite des investigations menées dans quatre départements. Les rapporteurs partagent en particulier les analyses de la DGAS relatives à la gestion financière et au pilotage général du système et à ses outils.

Les inspecteurs souhaitent apporter quelques remarques sur les points suivants :

- la question du respect des délais procéduraux, qui n'est pas une simple formalité mais une condition d'effectivité de la prestation auprès de personnes fragiles, gagnera en effet à être abordée lors de l'élaboration du projet de loi sur le 5<sup>ème</sup> risque. La mise en place d'un suivi des délais en interne aux départements, mais aussi d'un pilotage national par la CNSA est un point crucial, au-delà de la simplification réglementaire souhaitée par la mission et par la DGAS. L'option ouverte d'un délai de 2 mois avec versement de la prestation selon les termes prévus par le conseil général et ouverture d'un recours pour l'intéressé et sa famille le mois consécutif est une piste intéressante. La mission signale toutefois qu'elle n'a pas constaté que le dépassement des délais soit significativement lié à des exigences administratives supplémentaires (pièces complémentaires à fournir). Elle ne considère pas non plus que l'établissement d'un dossier national unique de demande contribuerait à améliorer le caractère équitable de l'accès à la prestation.
- S'agissant de l'instruction (point 2, §1), c'est bien la commission de proposition de l'APA –qui est la seule existante dans le cadre d'une procédure usuelle (non pré-contentieuse) d'attribution de l'allocation – que la mission IGAS souhaiterait modifier et transformer en commission d'orientation et de surveillance. C'est bien une mesure réglementaire qu'il s'agit de prendre afin d'alléger la procédure d'ensemble et ses délais. Elle ne remet pas en cause l'équilibre dans le processus décisionnel, compte tenu de la faible plus-value effective apportée dans le format actuel de la commission par la présence – si c'est le cas – de représentant de l'association des maires ou des caisses de sécurité sociale afin d'attribuer une prestation dont le montant est évalué par la visite à domicile de professionnels et encadré par des plafonds nationaux.
- Concernant la proposition émise d'ouvrir la possibilité aux conseils généraux d'appliquer ou non la majoration financière de 10% de la participation du bénéficiaire en cas de recours à un emploi direct peu qualifié ou peu expérimenté (articles L.232.6 3<sup>ème</sup> alinéa et R. 232-14 du CASF), la mission reconnaît l'existence de risques juridiques en matière de rupture d'égalité entre les bénéficiaires d'une prestation universelle selon la loi. Dans les faits, la mission n'a constaté aucun cas recensé d'aidants peu qualifiés ou peu expérimentés

embauchés en gré à gré ; dans aucun des quatre départements contrôlés n'est appliquée la règle de majoration de 10%, car cela supposerait une analyse des qualifications de chaque employé en gré à gré. Dans ces conditions, la proposition de la mission ne conduirait pas à une « réduction généralisée des rémunérations des salariés intervenant en gré à gré auprès des bénéficiaires de l'APA ». Les collectivités territoriales ont par ailleurs d'autres moyens pour accroître la qualité des intervenants (formation...).

- La mission prend acte des clarifications prises sur la place du médecin et du certificat médical dans le processus d'évaluation médico-sociale et se félicite de l'avancée des réflexions sur la construction d'une offre de formation sur la perte d'autonomie accessible aux médecins.
- Les rapporteurs s'accordent également sur la difficulté à sortir du double système de tarification et d'autorisation/agrément des services d'aide à domicile et sur la nécessité pour le conseil général de disposer de leviers permettant de développer une politique de qualité. La piste ouverte par le dispositif d'autorisation prévu dans le cadre du projet de loi hôpital santé patients territoires gagne à être clarifiée, car sauf erreur d'analyse de la mission, elle ne supprime pas l'agrément qualité délivré par la DDTEFP et donc, la dichotomie des procédures.
- Compte tenu de la signature de la COG entre l'Etat et la CNAV, les rapporteurs considèrent que la remise en cause du partage des rôles entre les caisses de sécurité sociale et les conseils généraux n'est pas une question prioritaire, mais bien une frontière sur laquelle il faut réfléchir à moyen terme, afin d'éviter que les services concernés ne consacrent trop d'énergie et de temps à des procédures de coordination et de concertation souvent difficiles à mettre en œuvre. L'objectif retenu dans la COG d'une évaluation du niveau de dépendance partagée et reconnue entre les conseils généraux et la CNAV est louable, mais nécessitera d'être accompagné dans sa réalisation par une impulsion politique forte de la part de la CNAV.

## **Observations de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie « CNSA »**

La CNSA a été destinataire du rapport de synthèse provisoire portant sur le bilan de la mise en œuvre de l'APA ainsi que des rapports particuliers sur la gestion de l'APA dans plusieurs départements.

Elle a fait part de son intérêt pour ce type de missions de contrôle et d'évaluation effectuées par l'IGAS, à condition que les recommandations émises puissent être diffusées et reprises.

La CNSA a signalé son souhait de voir ses missions d'animation et de diffusion des bonnes pratiques officialisées, de préférence dans la loi ou à défaut dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion avec l'Etat.