

Aide à domicile aux personnes âgées et aux personnes handicapées par les SAAD prestataires : le guide des bonnes pratiques



Sommaire :

L'édito de Pascale Boistard et de Ségolène Neuville	3
La loi d'adaptation de la société au vieillissement	4
La Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées	7
La démarche	9
Le référentiel des bonnes pratiques de l'aide à domicile	12
Les bonnes pratiques dans l'aide à domicile	14
Les mauvaises pratiques dans l'aide à domicile	28
Les fiches techniques	32
• Modalités de compensation aux départements des dépenses nouvelles liées à la réforme de l'APA à domicile	
• Avenant n°19/2014 à la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD) du 27 novembre 2014 : modalités de prise en compte par les départements et de compensation par l'Etat	
• La réforme du régime juridique des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)	
• Réforme de l'APA à domicile et simplification de l'attribution des cartes d'invalidité et de stationnement pour les bénéficiaires de l'APA relevant des GIR 1 et 2	



Edito

Pascale Boistard, secrétaire d'Etat chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie

Ségolène Neuville, secrétaire d'Etat chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dite loi ASV, est le fruit d'une large concertation qui a permis à l'ensemble des acteurs du vieillissement en France de participer à sa co-construction.

Les acteurs du monde du handicap ont également été impliqués dans les concertations. En effet, au regard de la convergence de certains enjeux autour de l'accompagnement de ces deux publics, notamment en matière de l'aide à domicile, cette loi porte des évolutions qui concernent les personnes en situation de handicap.

A l'heure de la mise en œuvre de la loi ASV, notre rôle est de veiller à ce que l'esprit de collégialité qui a présidé à sa préparation et à son adoption quasi unanime au Parlement soit respecté.

Aujourd'hui, avec l'Etat, avec l'ensemble des conseils départementaux, avec les fédérations de l'aide à domicile, il est de notre devoir de permettre que cette loi s'applique pleinement dans tous nos territoires. Chaque acteur doit être mobilisé et engagé, à l'image du volontarisme qui a présidé à la préparation et l'adoption de la loi ASV.

Ce guide des bonnes pratiques illustre cette volonté. Nous le publions à l'issue des trois comités de pilotage avec l'ensemble des acteurs sur l'aide à domicile qui se sont tenus en juin 2016, et des travaux spécifiques sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap qui ont eu lieu en octobre 2016. C'est un outil pour faciliter la mise en œuvre de la loi ASV et garantir le respect des principes de la loi du 11 février 2005.

Le principe républicain d'égalité d'accès aux droits ne nous autorise pas à laisser s'installer des situations qui verraient la loi, et notamment ces deux lois sociétales, s'appliquer totalement dans certains départements et avec moins d'enthousiasme dans d'autres. Nous le devons aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap. Un haut niveau de qualité de service public est la condition d'une République respectueuse de toutes et tous.

Pour prévenir ces disparités que nous devons prendre en compte et qui trouvent leur origine dans la diversité des territoires et des politiques publiques, nous avons tenu à ce que les départements soient soutenus via un Fonds d'appui aux bonnes pratiques doté de 50 millions d'euros. Ils peuvent ainsi compter sur la disponibilité et l'accompagnement du Ministère dans la mise en place de leurs politiques de soutien des services à domicile.

7 novembre 2016.

-> La Loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV)

Une réforme essentielle initiée par le Gouvernement

Attendue depuis près de 10 ans, voulue par le Président de la République et élaborée à l'issue d'une très large concertation, la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) a été promulguée le 28 décembre 2015. De nombreuses mesures de cette loi concernent également les personnes en situation de handicap.

Une quarantaine de décrets sont prévus pour sa mise en œuvre. L'ensemble des décrets relatifs au financement des mesures de la loi et ceux concernant l'aide à domicile sont d'ores et déjà publiés.

La loi ASV améliore le pouvoir d'achat des bénéficiaires de l'APA

La dépense d'APA s'élève à **5,5 Md€ par an** (3,5 Md€ à domicile et 2 Md€ en établissement)

> **1,25 million** de bénéficiaires de l'APA (**60% à domicile et 40% en établissement**)

> **740 000 bénéficiaires de l'APA à domicile** (20% de personnes très dépendantes et 80% en perte d'autonomie plus réduite)

La réforme de l'APA à domicile dans la loi ASV que nous portons, c'est **453,6 M€ par an pour :**

> **Revaloriser les plans d'aide pour près de 180 000 bénéficiaires de l'APA à domicile.**

> **Baisser le coût pour les familles pour plus de 600 000 bénéficiaires de l'APA à domicile : c'est 86% de gagnants et aucun perdant.**

> **Soutenir les aidants** (droit au répit et relais en cas d'hospitalisation).

> **Améliorer les conditions de travail dans les services d'aide à domicile** (revalorisation de la valeur du point d'indice dans la branche de l'aide à domicile).

Un financement pérenne reposant sur la solidarité nationale

La loi est entièrement financée. **Dans un contexte budgétaire contraint**, des financements complémentaires sont dégagés, reflet de la volonté du Gouvernement d'une mobilisation en faveur de nos aîné.e.s. La contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) représente environ 740 millions d'euros et permet de conduire ces réformes.

Une compensation des dépenses nouvelles aux départements

Préparées en concertation étroite avec l'Assemblée des départements de France (ADF), **les mesures nouvelles de la loi sont intégralement compensées par l'Etat.**

Une revalorisation de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile

Douze ans après sa création par le Gouvernement Jospin, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) nécessitait un « acte 2 » afin de **renforcer l'accompagnement à domicile et de mieux prendre en compte les besoins des personnes fragilisées par l'âge ou la maladie.**

Le coût de la revalorisation de l'APA à domicile est estimé à 453,6 millions en année pleine (2017/2018), 306 millions

en 2016 sur 10 mois.

Ces montants ont été fixés par le décret n°2016-212 du 26 février 2016 relatif aux concours versés, aux départements, par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

> *Concrètement, pour un plan d'aide actuellement au plafond, la réforme de l'APA permet d'accorder jusqu'à une heure d'aide à domicile supplémentaire par jour pour les personnes les*

plus dépendantes ou une heure par semaine pour les personnes avec une perte d'autonomie réduite.

> Pour une personne très dépendante disposant de 1 500 euros de revenus mensuels et avec un plan d'aide au plafond, le reste à charge passe de 400 à 250 euros, soit une économie de 1 800 euros par an.

> Tous les bénéficiaires gagnant jusqu'à 800 € par mois (soit le niveau de l'Allocation de solidarité avec les personnes âgées (ASPA, ou « minimum vieillesse ») à la date d'entrée en vigueur de la réforme de l'APA) peuvent désormais bénéficier d'une prise en charge totale de leur plan d'aide.

Le droit au répit

Avec ce droit, nous inscrivons dans la loi de la République la reconnaissance du rôle d'aidant.e.

En France, **4,3 millions de personnes** aident régulièrement un de leurs aîné.e.s., et 530 000 d'entre eux accompagnent un bénéficiaire de l'APA à domicile. 8,3 millions de personnes sont considérés comme des aidant.e.s, non seulement de personnes âgées mais aussi de personnes handicapées ou malades.

62% sont des femmes. Les aidants sont avant tout des aidantes.

Environ 400 000 aidant.e.s devraient être concernés par ce droit nouveau.

La réforme de l'APA à domicile permet aux personnes âgées de bénéficier de **plans d'aide plus conséquents et davantage diversifiés**, avec une participation financière de leur part largement réduite, notamment pour les personnes les plus modestes et les plus dépendantes.

La quasi-totalité des bénéficiaires de l'APA à domicile (740 000 personnes) profitent d'une **baisse de leur reste à charge**.

Un nouveau droit social pour les proches-aidants des personnes âgées : le droit au répit

Les proches fournissent une aide indispensable au maintien à domicile et au bien-être des personnes âgées. Un engagement qui n'est pas sans conséquence sur leur vie et leur état de santé. La loi prévoit donc la reconnaissance de l'action des « proches-aidants », l'évaluation de leur situation et de leurs besoins de soutien et de répit et la **création d'un « droit au répit »** qui donne à l'aidant les moyens de prendre du repos.

> Une aide, pouvant s'élever jusqu'à 500 euros par an en sus des plafonds de l'APA permet, à titre d'exemple, de financer une semaine d'hébergement temporaire (pour un tarif journalier moyen de 65 euros), 15 jours en accueil de jour (pour un tarif journalier moyen de 30 euros) ou un renforcement de l'aide à domicile d'environ 25 heures supplémentaires. Le répit peut aussi et d'abord être financé dans le cadre des plafonds de l'APA.

Un soutien au secteur de l'aide et des soins à domicile

Pour répondre aux besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ainsi qu'aux difficultés du secteur de l'aide et de l'accompagnement à domicile, plusieurs dispositions de la loi permettent de moderniser ce secteur :

- **Expérimentation des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)** qui permet de décloisonner les interventions afin d'améliorer la qualité des services tout en simplifiant les parcours des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- **Simplification du régime juridique des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)** accompagnant tant les personnes âgées, les personnes handicapées que les familles en difficulté ;
- **Renforcement du maintien à domicile**, notamment avec la revalorisation de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui amène naturellement de l'activité à ces services.

Ces mesures viennent renforcer les dispositions prises par le gouvernement avant la promulgation de la loi pour soutenir le secteur de l'aide et des soins à domicile :

- **Fonds de restructuration** de l'aide à domicile : 130 millions d'euros depuis 2012, ayant bénéficié à près de 1 600 structures intervenant auprès des personnes âgées, des personnes handicapées et des familles en difficulté ;
- Revalorisation des salaires de la branche de l'aide à domicile de 1 % au 1er juillet 2014, avec une compensation aux départements de 25 M€.

Une amélioration des droits individuels des personnes en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap

Nous sommes et restons des citoyens à tous les âges de la vie. La République doit garantir à tous et toutes de « vieillir libres et égaux en droit ».

Cette loi consacre une amélioration des droits individuels des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap à travers trois mesures concrètes.

- **L'obligation de rechercher le consentement dans tout contrat et en particulier dans un contrat relatif à sa personne.** Adaptée aux réalités des gestionnaires et des profils des personnes accueillies, c'est une obligation de moyens que les directeurs doivent mettre en œuvre.
- **La désignation d'une personne de confiance.** Cette mesure permet à la personne qui le souhaite, d'être accompagnée dans ses démarches et aidée dans les décisions. Cette personne de confiance est consultée dans les cas où la personne intéressée rencontre des difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits, ou est dans l'incapacité de s'exprimer.
- **L'obligation de respecter la liberté d'aller et venir.** Le respect du droit d'aller et venir librement est inscrit dans le code de l'action sociale et des familles. Cette obligation s'applique aux établissements accueillant les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.
La loi encadre très précisément les conditions dans lesquelles des mesures visant à préserver l'intégrité de la personne peuvent être prises au sein de l'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), en associant l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.
 - Ces mesures seront définies plus précisément dans un décret en cours de concertation.

Deux autres mesures concernent spécifiquement les personnes âgées, dans la mesure où la loi du 11 février 2005 affirme les droits similaires pour les personnes handicapées :

- **Le droit à des aides adaptées** à leurs besoins et à leurs ressources, dans le respect de leur projet de vie, pour répondre aux conséquences de leur perte d'autonomie.
- **Le droit à une information** sur les formes d'accompagnement et de prise en charge adaptées à leurs besoins et souhaits, mise en œuvre notamment par la CNSA, les départements et les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC).

-> Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Impulsée par la loi du 11 février 2005¹, la compensation² des conséquences du handicap doit permettre aux personnes handicapées d'obtenir une réponse à hauteur de leurs besoins notamment en termes d'aide humaine. Ce droit à compensation s'est accompagné de la création de la Prestation de Compensation du Handicap³ (PCH) qui permet ainsi à la personne de recevoir une aide destinée à financer la réponse à ses besoins en mobilisant des aidants familiaux ou professionnels.

Cette solvabilisation de l'aide humaine passe par la reconnaissance de ce besoin et l'attribution de cette prestation qui dépendent de la décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). Pour se prononcer, la commission vérifie l'éligibilité à la prestation et s'appuie sur l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) en tenant compte du projet de vie de la personne. .

La PCH : une prestation qui permet de répondre à des besoins multiples

La PCH se décline en cinq éléments permettant de couvrir les charges afférentes à cinq grandes catégories d'aide : les aides humaines (élément 1), les aides techniques (élément 2), l'aménagement du logement, du véhicule et les surcoûts de transport (élément 3), les aides spécifiques et exceptionnelles (élément 4), et les aides animalières (élément 5).

Le bénéfice de l'élément 1 de la PCH est ouvert aux personnes handicapées dont l'état nécessite l'aide effective d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence, ou requiert une surveillance régulière, ou lorsque l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective lui impose des frais supplémentaires.

D'autres besoins en aides humaines, telles que l'aide-ménagère et le portage des repas par exemple, ne relèvent pas de la PCH mais peuvent sous certaines conditions, être financés par l'aide sociale départementale.

¹ Loi 2005-102 du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ».

² Article L114-1-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) du 12 février 2005. C'est l'ensemble des moyens (techniques, humains, animaliers, juridiques,...) permettant à la personne handicapée d'accroître son autonomie, ainsi que les aides financières qui lui laissent le choix des moyens qu'elle souhaite mettre en œuvre. Ces moyens peuvent être alloués à la personne elle-même et/ou à sa famille.

³ La prestation de compensation a fait l'objet de deux décrets, n° 2005-1588 et n° 2005-1591 du 19 décembre 2005, complétés par quatre arrêtés du 28 décembre 2005 fixant les montants, tarifs et taux de prise en charge de la prestation de compensation.

Le projet de vie de la personne : au cœur de l'évaluation des besoins et de la mise en œuvre des prestations

Loi du 11 février 2005 affirme la nécessité pour la personne en situation de handicap de demeurer actrice de son parcours de vie. Cela implique d'une part la nécessité de partir du projet de vie de la personne au moment de l'évaluation de ses besoins de compensation et au moment de la mise en œuvre des prestations. D'autre part, cela implique que les différents acteurs du domicile, et tout particulièrement les SAAD, proposent une continuité de service et adaptent leurs interventions au mode de vie de chaque personne, en proposant une flexibilité horaire, des prestations en dehors du domicile de la personne, des interventions de nuit, le week-end, les jours fériés etc.

Une articulation avec d'autres modalités d'accompagnement à domicile

Un bénéficiaire de la PCH au titre de l'aide humaine peut également avoir besoin de l'intervention d'un SSIAD, d'un SAMSAH ou d'un SAVS, ou de professionnels paramédicaux. Dans ce cas, il est important d'articuler et de coordonner les interventions.

La place des aidants affirmée

Loi du 11 février 2005 affirme la place des proches aidants. D'une part la PCH aide humaine peut permettre de dédommager la mobilisation des aidants familiaux auprès de leur proche en situation de handicap. D'autre part elle pose le principe d'information, de formation, d'accompagnement et de soutien des familles et des aidants. Enfin, elle affirme le droit des aidants familiaux et des proches de la personne handicapée qui travaillent à bénéficier d'aménagements d'horaires individualisés propres à faciliter l'accompagnement de cette personne handicapée.

-> La démarche

Le contexte de l'aide à domicile aux personnes âgées et aux personnes handicapées

Le fonds de restructuration de l'aide à domicile

Depuis 2012, le Gouvernement soutient le secteur des services de l'aide à domicile avec la création d'un fonds de restructuration de l'aide à domicile (FRAD). 130 M€ ont ainsi été versés à 1 600 structures entre 2012 à 2014, et 25 M€ supplémentaires vont être versés en 2016.

Le domicile au cœur de la loi d'adaptation de la société au vieillissement

De plus, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) du 28 décembre 2015 prévoit un certain nombre de mesures de soutien et de modernisation du secteur du domicile avec notamment :

- Le financement de l'impact sur la dépense d'APA de la revalorisation du point de 1% dans la branche de l'aide à domicile (BAD), avec une valeur portée de 5,302 euros à 5,355 euros, rétroactivement depuis le 1er juillet 2014 ;
- Une simplification et unification du régime juridique des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) prestataires intervenant auprès des personnes âgées, des personnes handicapées et des familles en difficulté ;
- Le soutien au développement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) intervenant auprès des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- La réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) :
 - Cette réforme est intégralement financée, avec un versement des crédits prévisionnels par la CNSA dès avril 2016, à hauteur de 306 M€ sur 10 mois et 453,6 M € en année pleine pour 2017 puis 2018 ;
 - Elle permet un renforcement de l'accompagnement à domicile avec une meilleure prise en compte les besoins des personnes fragilisées par l'âge ou la maladie :
 - Plus de 700 000 personnes âgées concernées par cette mesure ;
 - Des plans d'aide plus conséquents et davantage diversifiés, avec une revalorisation qui peut aller jusqu'à 4800€ par an, et une baisse du reste à charge des personnes âgées ;
 - Une reconnaissance du statut de proche aidant et un droit au répit dans le cadre de l'APA, qui peut permettre de financer une semaine d'hébergement temporaire, 15 jours en accueil de jour, ou un renforcement de l'aide à domicile d'environ 25 heures supplémentaires ;
 - Un relais en cas d'hospitalisation de l'aidant, avec une aide par bénéficiaire pouvant aller jusqu'à 992 € par période d'hospitalisation.

L'ensemble de ces mesures est intégralement financé, grâce à la mobilisation de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA).

La poursuite de la mobilisation du Gouvernement en faveur des services d'aide à domicile notamment dans le cadre de la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement

Les SAAD rencontrent des difficultés financières persistantes.

Se pose également la question des pratiques de certains conseils départementaux (CD), qui, par exemple, ne respectent pas les règles du code de l'action sociale et des familles dans le cadre de l'attribution de l'APA ou les règles de financement des SAAD.

Certains bénéficiaires de l'APA se retrouvent ainsi avec des restes à charges supplémentaires (mise en place d'un « ticket modérateur »), et les SAAD avec des heures d'activité en moins et des emplois menacés à plus ou moins long terme.

C'est pourquoi le gouvernement a décidé de lancer un certain nombre d'actions pour continuer sa mobilisation en direction des services de l'aide à domicile.

On peut notamment noter la mise en place du crédit d'impôt de taxe sur les salaires à compter du 1er janvier 2017 au bénéfice notamment des associations et des fondations reconnues d'utilité publique. Il s'agit d'un crédit d'impôt sur le modèle du Crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) dont les associations ne bénéficient pas. Le lancement de missions d'appui aux départements sur l'aide à domicile

Trois missions d'appui en direction des SAAD ont été lancées dans les départements de Corrèze, Meurthe-et-Moselle et de la Somme le 13 mai dernier. Elles ont pour objectifs de mieux identifier les difficultés rencontrées sur les territoires et de définir conjointement des leviers d'action :

- en réalisant une photographie des Services d'aide et d'accompagnement à domicile ;
- en étudiant les critères géographiques, sociologiques et démographiques du département, qui peuvent expliquer une partie de ses difficultés et dont il faut tenir compte ;
- en auditionnant le département, chef de file de la politique de l'aide à domicile, dont le rôle est conforté par la loi ASV et les nouveaux financements dédiés.

Le fonds d'appui aux bonnes pratiques permet aux départements de bénéficier de telles missions d'appui.

La mobilisation des Préfets et Présidents de conseils départementaux dans le cadre de la mise en œuvre de la loi ASV

Un courrier a été envoyé aux Préfets le 25 mai 2016 pour qu'ils veillent au respect du droit, et des droits des personnes, dans le cadre de la mise en œuvre de la loi ASV.

Un courrier a été envoyé avec la Ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, à l'ensemble des PCD le 7 octobre 2016 afin d'explicitier les nouvelles mesures mises en œuvre dans le cadre de la loi ASV.

La co-construction d'un référentiel de bonnes pratiques

Le comité de refondation des services à domicile a été réuni à trois reprises en juin 2016 afin de rédiger un référentiel de bonnes pratiques pour les SAAD et les CD, dans le cadre d'une

démarche de co-construction avec les fédérations du secteur de l'aide à domicile et l'Assemblée des départements de France (ADF).

Des travaux d'adaptation de cette première version du guide ont été menés au mois d'octobre 2016 afin de tenir compte des bénéficiaires en situation du handicap.

Ce référentiel s'organise autour de trois axes :

- Le libre choix de la personne et la qualité de l'information qui lui est délivrée, notamment autour de l'APA et de la PCH;
- Le « juste tarif » ;
- Les conditions de travail des professionnels qui travaillent dans les métiers de l'aide à domicile et l'organisation des services.

-> Le référentiel de bonnes pratiques de l'aide à domicile aux personnes âgées et aux personnes handicapées

Le référentiel des bonnes pratiques sert de base pour bénéficier du fonds d'appui concerne exclusivement les SAAD prestataires, autorisés au titre des 1° ; 6° et 7° du L 312.1 du CASF.

Thématique	Pratiques
1. Libre choix de la personne et qualité de l'information délivrée	<ul style="list-style-type: none"> • Informer le bénéficiaire et son entourage des différentes modalités d'intervention d'une aide à domicile (« emploi direct accompagné ou non par un service mandataire »/ « prestataire »/ « aidant familial dédommagé pour les personnes handicapées »), avec l'enjeu de la capacité à être employeur et de leurs conséquences → <i>modèles de courriers à joindre</i>.
	<ul style="list-style-type: none"> • Respecter le libre choix du bénéficiaire concernant le mode d'intervention et le service retenu et leurs articulations → <i>confirmation par la pratique du SAAD</i>.
	<ul style="list-style-type: none"> • (Mauvaise pratique) Ne pas respecter le libre choix en imposant le recours à un mode d'intervention ou à un service prestataire particulier → <i>cf. délibération du CD ou modèle de courrier adressé aux usagers</i>.
	<ul style="list-style-type: none"> • Recommander le mode « prestataire » (où la personne n'est pas employeur) dans le cas des personnes âgées en GIR 1 et 2 ou nécessitant une surveillance régulière du fait de la détérioration de leur état physique ou intellectuel ou en raison de l'insuffisance d'entourage familial ou social ;
	<ul style="list-style-type: none"> • Et dans tous les cas prendre en compte, par une évaluation d'ensemble « multidimensionnelle », la situation de la personne et la continuité de sa prise en charge, pour préconiser éventuellement une forme d'intervention plus adaptée.
2. « Juste tarif »	<ul style="list-style-type: none"> • (+++) Signer des CPOM, notamment pour la mise en place d'un forfait global, avec valorisation de missions d'intérêt général.
	<ul style="list-style-type: none"> • (++) Signer des CPOM, notamment pour la mise en place d'un forfait global ou d'une dotation globale de financement.
	<ul style="list-style-type: none"> • (+) Négocier des tarifs individualisés avec les SAAD autorisés et habilités à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale.
	<ul style="list-style-type: none"> • Définir un tarif départemental de référence APA « prestataire » supérieur ou égal au tarif de la CNAV pour valoriser l'APA en cas de recours à un SAAD non tarifé ;
	<ul style="list-style-type: none"> • Définir des tarifs PCH pour les SAAD non tarifés supérieur au tarif national dans le cadre de conventions comme le prévoit l'arrêté PCH.
	<ul style="list-style-type: none"> • (Mauvaise pratique) Prévoir une participation financière de l'utilisateur non prévue par la réglementation.
	<ul style="list-style-type: none"> • Procéder à un contrôle d'effectivité de la PCH aide humaine sur une période suffisamment longue pour tenir compte de la possibilité de concentrer l'aide humaine sur des périodes particulières.
<ul style="list-style-type: none"> • Valoriser des démarches de qualité et l'intervention auprès de certains publics, 	
3. Conditions de travail des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> • (Mauvaise pratique) Ne pas appliquer la revalorisation du point aux SAAD relevant des conventions collectives.
	<ul style="list-style-type: none"> • (Mauvaise pratique) Fractionner les interventions avec des temps inférieurs à l'heure.
	<ul style="list-style-type: none"> • (Mauvaise pratique) Ne pas appliquer les dispositions du cahier des charges des SAAD.
	<ul style="list-style-type: none"> • Proposer des modalités d'organisation du service qui tiennent compte de la spécificité des publics accompagnés.
	<ul style="list-style-type: none"> • (Mauvaise pratique) Refuser le cumul entre la PCH et un accompagnement par un SAVS ou un SAMSAH.

	<ul style="list-style-type: none"> • (Mauvaise pratique) Refuser la PCH au motif qu'il n'y ait pas d'accompagnement par un SAVS ou un SAMSAH.
	<ul style="list-style-type: none"> • (Mauvaise pratique) Refuser la mise en commun de la PCH dans le cadre des initiatives de l'habitat inclusif .
	<ul style="list-style-type: none"> • (Bonne pratique) Optimiser les plannings et s'attacher à moduler les temps d'intervention dans le cadre des CPOM afin, autant que possible, de : <ul style="list-style-type: none"> ○ garantir des temps d'intervention minimums ; ○ limiter les temps de trajet ; ○ valoriser les interventions dans les territoires les plus difficiles d'accès ; ○ diminuer les temps très partiels et éviter le temps partiel subi.
	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la coopération entre les SAAD d'un même territoire, avec l'organisation d'un pool de remplacement, d'astreintes, d'équipes volantes, et en développant les SPASAD.
	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer l'attractivité des métiers, en encourageant la coopération entre les structures, en diffusant les bonnes pratiques, en luttant contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, en encourageant la formation et la qualification des professionnels.

-> Les bonnes pratiques dans l'aide à domicile

« Juste information et libre choix de l'usager »

Pour les bénéficiaires de l'APA, l'article L. 113-1-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF) dans sa rédaction issue de la loi ASV dispose que chaque personne accompagnée doit recevoir « *une information sur les formes d'accompagnement et de prise en charge adaptées aux besoins et aux souhaits de la personne âgée en perte d'autonomie* ».

L'article L. 232-6 du CASF précise que « *L'information fournie sur les différentes modalités d'intervention est garante du libre choix du bénéficiaire et présente de manière exhaustive l'ensemble des dispositifs d'aide et de maintien à domicile dans le territoire concerné* ».

L'article L. 232-7 du CASF précise que : « *Dans le délai d'un mois à compter de la notification de la décision d'attribution de la prestation, **le bénéficiaire doit déclarer au président du conseil départemental le ou les salariés ou le service d'aide à domicile** à la rémunération desquels est utilisée l'allocation personnalisée d'autonomie. Tout changement ultérieur de salarié ou de service doit être déclaré dans les mêmes conditions.* »

Pour les bénéficiaires de la PCH, l'article L. 245-12 du CASF prévoit qu'ils sont libres de choisir et de combiner leurs intervenants pour l'aide humaine : emploi direct avec le cas échéant l'appui d'un service mandataire, aidant familial dédommagé ou salarié (dans certaines conditions), service prestataire d'aide à domicile (qui peut être géré aussi bien par une association, qu'une entreprise ou un CCAS)..

L'article 4 de la charte des droits de la personne accompagnée précise :

« *Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne*
Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

1° La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;

2° Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

3° Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti. Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement. »

Il ressort de cette dernière disposition que le choix du salarié ou du service auquel la personne souhaite faire appel relève exclusivement du choix de cette dernière sauf disposition légale, mesure de protection judiciaire ou décision d'orientation.

Ces dispositions légales s'appliquent non seulement aux équipes médico-sociales des départements et aux équipes pluridisciplinaires des MDPH, mais également à l'ensemble des instances et organismes chargés de cette information (centre local d'information et de coordination (CLIC), centre communal d'action sociale (CCAS), parties prenantes de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), , maisons départementales de l'autonomie (MDA), etc.).

Pour les MDPH, leur référentiel de missions et de qualité de service, qui s'imposent à elles dans le cadre de la convention pluriannuelle signée entre le conseil départemental et la CNSA en application de l'article L.14-10-7-2 du CASF, et devra faire l'objet d'un autodiagnostic en 2017, prévoit qu'elles délivrent une information sur les ressources territoriales, notamment pour les services d'aide à domicile.

Dans le cadre des informations délivrées, un certain nombre de notions - qui demeurent sujettes à interprétations diverses - doivent être claires et compréhensibles pour les usagers des services :

- La notion de libre choix est étroitement liée à celle de consentement éclairé et peut impliquer la désignation d'une personne de confiance, au sens de l'article L.311-5-1 du CASF ;
- Une explication de l'articulation entre la personne de confiance et le proche aidant est nécessaire et la personne chargée de la protection dans le cas où une mesure de protection judiciaire est ordonnée;
- Une explication doit être réalisée sur la possibilité de rester à domicile avec l'intervention d'une aide humaine ou bien d'aller en établissement.
- Pour les personnes en situation de handicap, les règles de cumul ou de non cumul entre la PCH et les autres allocations doivent être clarifiées (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé, Allocation Compensatrice pour Tierce Personne, Majoration pour Tierce Personne, Allocation Personnalisée d'Autonomie).

-> Simplification des démarches : La loi a posé un principe de reconnaissance mutuelle de la perte d'autonomie des personnes âgées entre caisses de retraite et CD, permettant d'accélérer et de simplifier les démarches des personnes âgées. Il appartient à chaque CD et caisse de préciser les modalités de cette reconnaissance.

La présentation des différents dispositifs existants et l'enjeu de la capacité à être employeur

Les modes d'intervention de l'aide humaine

Les différents modes d'intervention doivent être présentés précisément : prestataire, emploi direct accompagné ou non par un service mandataire, et, enfin, pour les personnes handicapées, l'intervention dédommée de l'aidant familial.

Cette information sur les différents modes d'intervention doit être complète et objective afin de permettre au bénéficiaire et ses proches d'avoir connaissance et conscience des avantages et des inconvénients de chaque mode et des spécificités de chacun :

- **En emploi direct -:**
 - La liberté de choix de l'intervenant ;
 - La nécessité de connaître la législation sociale en vigueur dans le cadre de l'emploi d'un salarié (droit du travail, convention collective) et d'assumer les responsabilités d'employeur et les risques prudhommaux associés ;

- Les incidences financières liées à l'absence de prise en compte en général de certains frais ponctuels, telles les indemnités de licenciement ;
- Les informations sur le tarif PCH aide humaine en emploi direct et la possibilité de bénéficier du tarif majoré lorsque les conditions sont remplies
- **En mode mandataire (emploi direct accompagné)**: l'accompagnement par une structure mandataire peut permettre de sécuriser le particulier dans son rôle d'employeur et participe à la continuité de l'accompagnement dans le cadre de l'emploi direct (remplacement, accompagnement du particulier employeur dans la procédure de recrutement, ...)
- **En mode prestataire** : le choix de l'intervenant est limité mais il permet la garantie d'un niveau de qualité correspondant au cahier des charges des SAAD, l'absence de la responsabilité d'employeur et des remplacements contractuellement définis, en fonction de la volonté de la personne ;
- **En aide humaine familiale pour les personnes en situation de handicap** : l'intervention d'un proche dans le cadre d'une relation de confiance, en restant vigilant au risque d'épuisement de l'aidant et aux éventuelles ruptures d'accompagnement.

Les différents modes d'intervention ne sont pas exclusifs les uns des autres. Certaines personnes peuvent trouver un intérêt à recourir à plusieurs modes d'accompagnement (service prestataire, emploi direct accompagné ou non par un service mandataire, et pour les bénéficiaires de la PCH d'un aidant dédommagé). Associer les modes d'intervention peut permettre notamment de :

- Bénéficier de davantage d'heures, pour les bénéficiaires de l'APA ;
- Répondre à des besoins d'interventions non ou mal satisfaits par les prestataires locaux (nuit, week-end...);
- Conserver un salarié à son domicile, en complément d'heures en mode prestataire.

Pour les personnes en situation de handicap souhaitant opter partiellement ou totalement pour le dédommagement de l'aidant familial, il est important de souligner, dans le cadre d'une communication accompagnée par un professionnel de la MDPH, que l'intervention d'un professionnel pour une partie des heures accordées peut être utile afin de prévenir l'épuisement des aidants.

En tout état de cause, le plan de compensation d'une personne handicapée notifié en CDAPH, s'il précise la modalité choisie par la personne, ne doit pas tenir compte des modalités d'intervention en aide humaine pour déterminer le nombre d'heures d'aides accordées. En effet, la personne a la possibilité de modifier ces modalités par simple courrier au Président du Conseil départemental, sans devoir obtenir une nouvelle notification de la CDAPH.

Les tarifs des structures

Les indications relatives aux prix des services doivent faire apparaître la totalité des coûts, c'est-à-dire inclure par exemple les frais de transports, les indemnités kilométriques, et autres, à côté du tarif de base.

Il est cependant important d'insister sur le fait que le prix n'est pas le seul élément à prendre en compte dans le choix de l'intervenant ou du service.

Le mode de tarification de la structure d'accompagnement

L'ensemble des services d'aide et d'accompagnement à domicile qu'ils soient ou non tarifés par le Conseil Départemental ou qu'ils aient signé ou non un CPOM avec ce dernier, sont autorisés à intervenir auprès des bénéficiaires de l'APA ou de la PCH.

L'information doit également porter sur la différence entre les structures tarifées et les structures non tarifées. Il est important d'informer le bénéficiaire de la liberté dont disposent les services non habilités à l'aide sociale, et donc non tarifés, dans la fixation de leurs prix.

Il en est de même, lorsque les tarifs arrêtés par les Conseils Départementaux pour les services habilités à l'aide sociale sont supérieurs au tarif de référence servant de base à la valorisation du plan d'aide.

Une telle information permettra à l'usager de mieux appréhender les éventuels écarts entre les tarifs pratiqués par les SAAD non tarifés, et le tarif de référence APA du département ou le tarif de référence national PCH.

Concernant le mode mandataire, il convient d'informer sur ce mode d'intervention et d'expliquer son coût, en comparaison de l'emploi direct non accompagné en priorité, avec l'existence de frais supplémentaires liés à ses missions de conseil auprès du particulier employeur, s'ajoutant au coût de l'emploi direct. De même, une information devra être donnée sur les éventuelles dépenses liées à ce mode d'intervention mais non couvertes par l'APA (congrés payés, indemnités de fin de contrat, indemnités prud'homales, surveillance médicale des salariés etc.).

La prise en compte des attentes des demandeurs et la gestion des recours

Conformément aux dispositions du II de l'article R 232-7 du code de l'action sociale et des familles, le demandeur dispose d'un délai de 10 jours à compter de la réception de la proposition de plan d'aide pour faire part de ses observations et demander la modification de la proposition.

Lorsque les observations et propositions de modifications portent sur le mode d'intervention (prestataire, gré-à-gré avec ou sans mandat), la proposition définitive tient compte des observations et propositions et ce dans la limite des plafonds applicables.

Les durées d'intervention

Dans le cadre de l'évaluation des besoins d'aide humaine et pour objectiver les temps d'aide nécessaires à prévoir dans les plans d'aide ou de compensation, les évaluateurs peuvent s'attacher à identifier des durées d'intervention par tâche. Ces indications de durées sont parfois utilisées ou induisent un fractionnement des interventions pouvant aller jusqu'à la demi-heure voire au quart d'heure. Il est souhaitable, tout en explicitant l'objet des interventions d'aide humaine (aide à la toilette, aide à la prise de repas, etc.), et le cas échéant en donnant des indications de durée, de ne pas imposer a priori dans les plans de durée précise pour chacune des tâches prévues et pour les interventions, afin de laisser aux services d'aide à domicile la possibilité d'ajuster, avec le bénéficiaire, l'organisation des interventions et la répartition des temps d'aide pour aux différentes tâches et activités.

Dans le cadre de l'élaboration des plans personnalisés de compensation, et de la PCH, il convient de veiller à ce que les équipes pluridisciplinaires prennent en compte la spécificité de chaque situation. Le fait de sous évaluer une stimulation à faire ou un accompagnement, par rapport à une suppléance sont autant de pratiques qui peuvent générer de la dépendance, par renoncement à l'exercice des capacités des personnes accompagnées et à la mise en œuvre de leurs potentiels.

Le mode de paiement/versement de ses aides

Les conseils départementaux peuvent proposer dans le cadre de la PCH ou imposer dans le cadre de l'APA le versement du volet aide humaine de la prestation sous la forme de CESU préfinancés ou directement au service d'aide à domicile choisi par le bénéficiaire. Ces deux modalités de versement permettent notamment de faciliter le contrôle d'effectivité et d'éviter les indus et les récupérations auprès des bénéficiaires. Mais elles peuvent générer des difficultés pour les services d'aide à domicile (charges supplémentaires, trésorerie...) qui doivent être prises en compte par les conseils départementaux. Leur mise en place doit faire l'objet d'une préparation avec l'ensemble des acteurs concernés (services et bénéficiaires notamment) pour favoriser leur bonne compréhension par ceux-ci.

Il est important de rappeler que le versement direct ou le paiement par CESU ne peut être imposé aux personnes bénéficiant de la PCH, leur mise en œuvre nécessitant un accord explicite de la personne.

La capacité du service à intervenir auprès de certains publics spécifiques

S'il est important dans le cadre de la juste information des bénéficiaires de leur donner un aperçu complet de l'offre existante, il est tout aussi important de compléter cette information par des éléments qualitatifs qui leur permettent d'identifier les services en capacité de répondre à leur besoin.

Ceci est particulièrement vrai pour les publics qui ont des besoins spécifiques, tels que les malades Alzheimer (ou maladies apparentées), les personnes en situation de handicap psychique, présentant des handicaps lourds ou en grande dépendance.

Les outils d'information déployés par les CD peuvent apporter certaines précisions.

-> C'est le cas par exemple des plaquettes d'information élaborées par un département, antérieurement à l'entrée en vigueur de la loi ASV, qui précisent notamment si le service détient le label Cap Handéo ou offre des prestations de garde de nuit.

TERRITOIRE DE L'ARTOIS
Présentation des Services prestataires d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)

Le fonctionnement d'un Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile est subordonné à une autorisation administrative qui peut prendre deux formes : — Agrément — Autorisation.

Tous les services d'aide et d'accompagnement à domicile déposent de l'agrément.

> LE RÉGIME DE L'AGREMENT :
Il est délivré par le Préfet (Elof). Il s'agit d'un agrément qui garantit le respect, par le service, d'un cahier des charges réglementaire.

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile sont soumis au respect du code du travail.

Les services agréés sont placés sous un régime de liberté contractuelle (tarif libre, dont la hausse est toujours limitée annuellement par un décret). Le tarif de référence qui leur est appliqué par le Conseil départemental peut être différent du tarif effectivement appliqué aux usagers (ce tarif est fixé contractuellement entre le bénéficiaire et le service).

Ce tarif de référence s'élève au 1^{er} janvier 2015 à 20,36€ la semaine, les dimanches et jours fériés.

> LE RÉGIME DE L'AUTORISATION :
L'autorisation est délivrée par le Président du Conseil départemental. Elle vaut agrément du service.

Ce régime offre des garanties supplémentaires ou régimes de l'agrément dans la mesure où :

- le service relève du Code de l'Action Sociale et des Familles (il devient un service médico-social soumis à des contraintes réglementaires plus exigeantes)
- le tarif appliqué est arrêté par le Conseil départemental. Si ce tarif est supérieur à celui d'un service agréé il **garantit qu'aucun frais supplémentaire ne sera demandé à l'usager**.
- les services autorisés sont tenus de signer un contrat d'objectifs et de moyens avec le Conseil départemental (fixant notamment des objectifs en termes de performance et de qualité de prise en charge)
- les services font l'objet d'un contrôle régulier par le Conseil départemental.

Le Département du Pas-de-Calais a régulièrement promu le régime de l'autorisation. En effet, il offre des garanties supérieures en matière de suivi et de contrôle de la qualité de l'activité réalisée.

Les tableaux ci-joint présentent les caractéristiques principales de l'ensemble des services prestataires intervenant sur votre territoire.

Les caractéristiques présentées peuvent vous aider à effectuer votre choix, le tarif ne devant pas être le seul critère à prendre en compte à cette occasion.

Édition 2015

Liste des services prestataires **BÉNÉFICIAIRE DE L'AUTORISATION DU DÉPARTEMENT INTERVENANT AU TITRE DE L'APA SUR CE TERRITOIRE**

VILLE DU SIÈGE DU SERVICE D'AIDE À DOMICILE (adresse)	NOM DU SERVICE D'AIDE À DOMICILE	DATE DE CRÉATION (démarrage et fin)	TARIF unitaire (au 01/01/15)	Taux de qualification	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES
AIRE SUR LA LYS	ASSAD N° 03 21 93 42 52	1962	22,07 €	67 %	[Icons]
ANGRÈS (Broy la Bataille)	ADSP de la Gabelle N° 03 21 29 19 00	2005	20,88 €	50 %	[Icons]
AUBIGNY EN ARTOIS	ADMR N° 03 21 59 22 39	1978	21,92 €	74 %	[Icons]
BÉTHUNE	SERVICES A DOMICILE DE L'ARTOIS N° 03 21 68 65 10	1964	24,37 €	72 %	[Icons]
BÉTHUNE	SNVOM de la Communauté de Béthunois N° 03 21 61 55 48	1969	22,54 €	84 %	[Icons]
BRUAY LA BUISSIÈRE	ADMR du Bruayais N° 03 21 65 39 75	2006	21,62 €	80 %	[Icons]
HEUCHIN	ADMR N° 03 21 41 18 31	1976	21,49 €	67 %	[Icons]
LENS (Broy la Bataille - Rully - les Min - Nord-les-Mines - Artois)	ASSAD N° 03 21 77 39 00	1963	21,19 €	73 %	[Icons]
LIÉVIN (Artois - Nord-les-Mines - Rully - Artois)	ASSAD N° 03 21 48 08 98	2003	22,56 €	93 %	[Icons]
LILLERS	CCAS N° 03 21 41 38 07	1958	21,55 €	78 %	[Icons]
NOUVELLES-MÉNINES	CCAS N° 03 21 61 14 93	1981	22,18 €	85 %	[Icons]
NOUVELLES-VERMEULES (Artois - Lens)	SPASAD des 3 cantons N° 03 21 92 33 23	1982	21,80 €	43 %	[Icons]
RECY	ADMR N° 03 21 41 13 13	1973	21,65 €	80 %	[Icons]
SAINTE-VALLE	SANVI N° 03 21 52 86 41	1989	21,45 €	67 %	[Icons]
LAVENTIE	ADM de l'Artois N° 03 21 26 23 76	1947	22,00 €	69 %	[Icons]
VEILLE CHAPELLE	ADM de Richelbourg et environs N° 03 21 64 01 56	1947	22,00 €	59 %	[Icons]
VEILLE CHAPELLE	ADM de Bas Pays N° 03 21 64 01 56	1947	22,00 €	64 %	[Icons]

TARIF
C'est le tarif utilisé pour élaborer le plan d'aide et calculer la participation financière du bénéficiaire, il est le même pour les jours de semaine et pour les dimanches et jours fériés.

Taux de qualification
C'est un **tarif complet. Aucun supplément ne peut être demandé par le service.**

C'est le **taux de qualification** diplômé sur la totalité des agents du service.

(diplômes principaux : BÉP sanitaire et social option services à la personne, Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale, Diplôme d'Etat d'Aide Médico Psychologique).

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES - Il s'agit d'informations et/ou de prestations complémentaires, proposées par le service, pouvant être perçues dans le cadre du plan d'aide :

- Le tarif de nuit - Un service certifié a fait l'objet d'une évaluation de la qualité de son service par un organisme indépendant. Le certificat est une garantie supplémentaire de la qualité des prestations délivrées.
- Le tarif de nuit - Ce label garantit aux usagers une intervention à domicile sécurisée et adaptée à la situation de handicap. Il s'agit d'un page de services et de qualité.
- Le tarif de nuit - Le fait qu'un service d'aide à domicile propose un service de soins infirmiers à domicile garantit une meilleure continuité de service et une prise en charge de cas lourds et complexes.
- Le tarif de nuit - Le service propose la présence d'un soignant toute la nuit.
- Le tarif de nuit - Le fait qu'un service d'aide à domicile effectue un suivi de l'évolution du bénéficiaire permet d'ajuster le plan d'aide et d'assurer la continuité des prestations.

En outre, des informations plus fines doivent être à disposition des professionnels qui sont au contact avec les bénéficiaires (services APA, MDPH, relais territoriaux du département, CCAS, ...).

Pour les personnes âgées, la prise en compte du GIR, de l'état physique ou intellectuel, et de l'entourage familial et social

Des dispositions juridiques particulières sont prévues en direction des bénéficiaires les plus fragiles. L'article R232-12 du CASF prévoit que l'APA est affectée – sauf avis contraire express de leur part – à la rémunération d'un service prestataire d'aide à domicile pour :

- Les personnes classées dans les groupes 1 et 2 de la grille nationale Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources (AGGIR) ;
- Les personnes nécessitant une surveillance régulière du fait de la détérioration de leur état physique ou intellectuel ou en raison de leur insuffisance d'entourage familial ou social.

-> La nécessité de la continuité de la prise en charge du bénéficiaire de l'APA doit être prise en compte dans le mode d'intervention proposé.

Une bonne articulation entre l'équipe APA du CD et le SAAD dans la construction du plan d'aide et le suivi de la personne

En matière d'APA, les équipes médico-sociales du CD ont la compétence exclusive en matière d'appréciation de l'éligibilité des personnes à la prise en charge mais aussi d'élaboration du plan d'aide.

-> Une amélioration de la qualité de l'accompagnement des personnes aidées peut être constatée lorsque les SAAD sont associés à cette construction, dans des conditions qui peuvent par exemple être précisées dans le cadre du CPOM.

Ainsi, une bonne pratique dans la construction du plan d'aide peut résider dans ce schéma :

1 : L'équipe APA du CD réalise l'évaluation du demandeur de l'APA.

L'équipe médico-sociale du CD apprécie l'éligibilité à l'APA grâce à la grille AGGIR et procède à l'évaluation multidimensionnelle prévue par la loi ASV en s'appuyant sur le référentiel réalisé par la CNSA – le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants.

2 : L'équipe APA du CD envoie le plan d'aide au SAAD.

Le SAAD, choisi par le demandeur, peut étudier le plan d'aide, voire faire des propositions d'évolution sur les modalités d'intervention. Le SAAD, notamment quand il intervient depuis quelque temps auprès d'elle, connaît en effet bien la personne, son environnement, ses besoins et ses aspirations.

3 : Le SAAD élabore le devis de prise en charge puis le document individuel de prise en charge (DIPEC) afin d'adapter la prestation aux besoins de la personne.

Le SAAD procède à une évaluation, complémentaire de l'évaluation réalisée par l'équipe du département, et l'utilise en complément du plan d'aide pour le traduire en projet d'intervention.

La construction conjointe des projets d'intervention avec les autres ESSMS intervenant auprès de la personne accompagnée est à encourager.

4 : Des réunions de coordination / de suivi des situations peuvent être organisées pour la prise en charge des situations complexes.

5 : Une visite conjointe est organisée pluri-annuellement entre l'équipe APA du CD et la responsable de secteur du SAAD.

Elle porte notamment sur le contrat de prestation à contrôler avec les horaires d'intervention et la nature des prestations mises en place.

Une bonne articulation entre l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, les services payeur du CD et le SAAD pour l'élaboration du plan de compensation et son suivi

Pour les personnes en situation de handicap, les responsabilités sont partagées. Les équipes pluridisciplinaires des MDPH évaluent les besoins et proposent un plan de compensation. La CDAPH attribue la prestation correspondant aux besoins évalués de la personne handicapée. Les services du département assurent quant à eux le paiement de la PCH et le contrôle d'effectivité. Dès lors et dès la phase d'instruction de la demande, il est nécessaire de présenter les modes d'intervention possibles, entre lesquels la personne exerce son libre choix.

-> Les liens entre les SAAD et les équipes pluridisciplinaires des MDPH permettent de renforcer la qualité de l'évaluation. La fluidité de coopération entre la MDPH et le CD est essentielle pour garantir l'adaptation des plans de compensation et éviter les ruptures de parcours.

Ainsi, une bonne pratique dans les différentes articulations peut résider dans ce schéma :

1 : L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH évalue les besoins de compensation

L'équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de la personne en s'appuyant sur le GEVA et sur le référentiel PCH Aide humaine élaboré par la CNSA tel que modifié suite à l'expérimentation fin 2016. Elle peut dans ce cadre prendre l'attache d'un service d'aide à domicile lorsqu'un service intervient déjà auprès de la personne. Elle doit le faire impérativement lorsqu'il s'agit d'une situation relevant d'un plan d'accompagnement global (PAG) dans le cadre de la Réponse accompagnée pour tous. A ce titre, un SAAD qui participe à l'accompagnement de la personne peut faire partie des membres du Groupe opérationnel de synthèse qui a pour but d'élaborer le PAG.

2 : Un plan de compensation précis est notifié en CDAPH et mis à disposition du service choisi par la personne, qui élabore le document individuel de prise en charge (DIPEC) et le devis de prise en charge

Le SAAD dispose ainsi de l'ensemble des informations utiles et nécessaires pour la mise en place des interventions qui doivent également tenir compte des souhaits des personnes.

Le SAAD procède à une évaluation, complémentaire à celle réalisée par l'équipe pluridisciplinaire, et l'utilise en complément du plan de compensation pour le traduire en projet d'intervention.

La construction conjointe des projets d'intervention avec les autres établissements et services sociaux et médico-sociaux intervenant auprès de la personne accompagnée est à encourager.

3 : Les services du département chargés du paiement de la PCH et du contrôle d'effectivité saisissent la MDPH lorsque le plan de compensation est insuffisamment consommé.

Il peut en effet s'agir de situations à risque de rupture de parcours si la sous-consommation du plan de compensation laisse la personne sans prise en charge adaptée ou si cela conduit à l'épuisement de l'aidant. La MDPH peut alors réviser le plan de compensation en l'adaptant aux souhaits et aux contraintes de la personne.

4 : Des réunions de coordination / de suivi des situations peuvent être organisées pour la prise en charge des situations complexes bénéficiant notamment d'un PAG. Un SAAD peut à ce titre être positionné en tant que référent de parcours de la personne.

« Juste tarif »

Un tarif de référence départemental « prestataire » supérieur ou égal au taux de prise en charge national CNAV pour les services non tarifés

Dans un souci d'amélioration de la qualité des prestations, les tarifs de référence doivent prendre en compte les impératifs de formation, de qualification et de rémunérations des intervenants à domicile.

La prise en compte de contraintes particulières pouvant justifier des charges et donc des tarifs plus élevés seront prises en compte dans le CPOM signé avec le service.

Une contractualisation basée sur une dotation globale

Un département a une pratique dynamique de conclusion de CPOM. Ceux-ci ont fait l'objet d'une véritable négociation équilibrée avec deux éléments fondamentaux :

- Une analyse des besoins médico-sociaux du département servant de base à l'élaboration des objectifs définis au sein du CPOM ;
- Un financement par une dotation globale qui permet de répondre aux objectifs du CPOM.

En matière d'APA, l'instauration d'une forfaitisation en euros rend beaucoup plus agiles les interactions entre SAAD et bénéficiaires en offrant la capacité au bénéficiaire, en coordination avec le SAAD, d'intensifier des interventions à des moments critiques - sortie d'hospitalisation, besoin d'un soutien supplémentaire - permettant ainsi d'améliorer la qualité des prises en charge. Cette pratique permettrait de s'orienter à terme vers une logique d'abonnement en fonction de l'intensité du service, et du service rendu, ce qui aurait un triple effet :

- Rendre plus accessibles les prestations d'aide à domicile au bénéficiaire ;
- Faciliter la gestion des SAAD en leur permettant de rendre un « service » sans se référer à une référence horaire qui est forcément liée à la notion d'heure de travail ;
Par exemple, le SAAD aurait la capacité de faire intervenir sur une durée plus faible deux intervenants simultanément pour mobiliser une personne difficilement transférable ou d'introduire des éléments technologiques en vue d'améliorer la productivité du SAAD.
- Donner une meilleure visibilité budgétaire aux CD, générer des économies sur la gestion des aides.

Ce même besoin de flexibilité existe pour les bénéficiaires en situation de handicap pour lesquels un lissage sur plusieurs mois paraît opportun. En matière d'aide humaine, le vademecum de la PCH diffusé par la DGAS en 2007 indique bien que si pour certains besoins

l'appréciation est quotidienne, pour d'autres elle est mensuelle avec possibilité de capitalisation sur l'année (participation à la vie sociale) ou annuelle (déplacement, frais supplémentaire lié à l'exercice d'une activité professionnelle). De plus, la personne handicapée peut faire varier les modalités d'aide en fonction des jours de la semaine ou de période de l'année (semaine, week-end, jour férié, vacances). Ce lissage permet une vraie souplesse d'intervention pour les services et assure à la personne une possibilité de modulation de l'aide en fonction de ces besoins et de leur fluctuation.

Le vademecum recommandait dans le même sens que le contrôle d'effectivité devait donc "en routine" porter sur une durée suffisante, une durée au moins trimestrielle, voire annuelle paraissant souhaitable compte tenu des possibilités de cumul sur cette période permettant de lisser d'éventuelles variations dans le nombre d'heures et/ou dans les modalités d'aides.

La combinaison du lissage, du versement au service de l'aide au douzième et d'un contrôle d'effectivité annuel constitue l'équation d'une PCH adaptable et souple pour les personnes.

En matière d'APA, une contractualisation basée sur un taux horaire APA aménagé

Certains CD arrêtent un tarif horaire APA dans le cadre du CPOM, sans précision sur le mode de calcul. Cependant, ce tarif s'accompagne du versement d'une majoration. La tarification est ainsi remplacée par une dotation calculée sur la base d'un taux horaire d'APA multiplié par une évaluation annuelle d'activité assortie d'une majoration. En d'autres termes, la tarification de l'activité est transformée en majoration d'un taux de prise en charge départemental : c'est une bonne pratique.

La valorisation des démarches qualité

Le respect du cahier des charges des SAAD publié par l'arrêté du 22 avril 2016 est un pré requis. Son respect est validé par l'adhésion à la Charte nationale Qualité qui est obligatoire pour les organismes autorisés. En effet, cette adhésion est effective après une auto-évaluation et la définition d'un plan d'action. Elle doit être renouvelée annuellement et marque ainsi l'engagement dans la démarche d'amélioration continue du service.

La certification AFNOR NF 311 « Services à domicile » a été élaborée en commun avec tous les acteurs du domicile. Cette norme permet de garantir le respect des obligations légales et engage les services dans une démarche qualité au bénéfice des personnes accompagnées. Dans le cadre de l'activité prestataire dédiée aux personnes en situation de handicap, le Label « Cap'Handéo – service à la personne » et son extension « enfance et famille » comporte un référentiel construit par les différentes parties prenantes (personnes en situation de handicap et proches aidants, associations du handicap, fédérations du domicile, professionnels du secteur, professionnels qualité, pouvoirs publics). Il regroupe 22 caractéristiques qui ont été élaborées et expérimentées depuis désormais 6 ans sur l'ensemble du territoire Français (métropole et DROM-COM). Ce label exige des SAAD accompagnant les personnes en situation de handicap de garantir des interventions la nuit, souples et adaptables aussi bien qu'une continuité de services absolue quand la situation l'impose ».

Pour les services habilités à l'aide sociale et/ou qui signent un CPOM avec le département, **l'engagement dans les différentes démarches qualité** doit être valorisé dans le cadre du tarif horaire négocié ou au titre des missions d'intérêt général.

La prise en compte des démarches permettant une meilleure réponse aux besoins des personnes

Outre les démarches qualité, il est nécessaire que les CPOM tiennent compte des caractéristiques du public accompagné ainsi que des spécificités d'intervention des services.

Ainsi, la prise en charge de certaines pathologies et handicaps implique un effort de formations accru, un taux de qualification plus élevé ou encore des temps de coordination plus importants.

En outre, l'intervention en milieu rural éloigné / montagneux / quartiers de la politique de la ville peut également être génératrice de surcoûts.

Dans le cadre de CPOM, l'engagement d'un service à répondre à certains publics ou à intervenir sur certains territoires peut être valorisé en tant que mission d'intérêt général, y compris pour les services non habilités à l'aide sociale, afin de ne pas générer des restes à charge pour les personnes au-delà des tarifs départementaux et nationaux applicables.

Conditions de travail des professionnels et organisation des services

Des temps d'intervention minimums

La modularité des temps d'intervention dans le cadre des CPOM

Le CPOM permet de sortir de la tarification horaire et d'être dans une prise en charge globale des personnes. Les prestations peuvent ainsi donner lieu à des temps d'intervention modulables d'un jour sur l'autre, d'une semaine sur l'autre, afin d'inscrire le projet d'accompagnement de la personne dans une véritable individualisation de la prestation. La prise en compte de cette variabilité et l'adaptation de l'intervention à ces fluctuations est un facteur majeur de bienveillance.

Des temps d'intervention minimums

L'intervention auprès des publics fragiles - que sont les GIR 1 à 4 ou les personnes handicapées- requiert un temps d'intervention minimum pour pouvoir dispenser une prestation de qualité. Tant en termes de conditions de travail que de qualité de l'intervention, on ne peut envisager un temps d'intervention inférieur à un temps minimum.

La limitation des temps de déplacement

En outre, le fractionnement des interventions augmente les frais et temps de déplacement - assimilés à du temps de travail effectif - qui seront autant d'heures improductives, et qui viennent impacter le coût de fonctionnement des SAAD.

Cette question du temps d'intervention minimum permet aussi de répondre à la problématique du nombre de kilomètres de professionnels parcourus dans une journée, qui doit être optimisé dans le cadre de tournées mais aussi valorisé.

L'organisation de tournées sur des territoires limités, associée à un volume d'activité suffisant par intervenant, permet de diminuer les temps de transport.

Des études d'impact permettraient de mettre en avant que, si le fractionnement des plans d'aide entraîne à court terme des économies pour le financeur, à moyen terme, il entraîne des coûts financiers supplémentaires pour la structure, ainsi que des coûts en termes de santé au travail des professionnels, et de maltraitements des usagers.

En tout état de cause, il ne saurait, comme le rappelle un arrêté de la cour de cassation, Chambre civile 1 du 12 octobre 2016 (15-20.060) être question de comptabiliser le temps de trajet des professionnels comme du temps d'intervention à financer avec l'APA ou la PCH.

Le développement de la télégestion

Dans le cadre de leurs conventions de modernisation de l'aide à domicile cofinancées sur la section IV avec la CNSA, les CD peuvent encourager la mise en place des dispositifs de télégestion chez l'ensemble des bénéficiaires. En effet, les économies générées par les systèmes de télégestion sont conséquentes et améliorent substantiellement la qualité des conditions de travail des professionnels et l'organisation du SAAD.

L'attractivité du métier

Les structures qui disposent d'établissements d'hébergement et de services peuvent proposer de réels parcours professionnels aux salariés entre leurs différentes structures dans le cadre de l'organisation de passerelles.

Le service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD), pouvant intervenir tant auprès des personnes âgées que des personnes handicapées, permet aux professionnels d'avoir des temps de coordination, voire d'intervention conjointe, et de lutter contre la solitude au domicile de l'utilisateur. Il constitue une structure d'appui/relai importante pour le professionnel. Des passerelles sont également entre les métiers de l'aide et les métiers du soin.

Les coopérations entre structures sur un territoire permettent également de valoriser le travail des aides à domicile. Elles permettent notamment une meilleure fluidité de l'information, dans le respect des souhaits de la personne, et des interventions de plus grande qualité car mieux coordonnées.

Pour les personnes en situation de handicap, une articulation doit être facilitée entre les SAAD et les acteurs du social (AEMO, CHRS, CSAPA, etc.), de l'éducation nationale, du médico-social adulte (SAVS, SAMSAH, etc.) du médico-social enfant (SESSAD, IME, etc.), du sanitaire (SSR, services hospitaliers, HAD, etc.) et les dispositifs ressources (CRA, handicap rare, UEROS, etc.). Cela passe également par une reconnaissance et une fluidité des interventions en dehors du domicile y compris sur le lieu de travail, l'hôpital et le milieu scolaire.

Tout particulièrement, le rôle des SAAD doit être reconnu dans le cadre de la démarche Réponse accompagnée pour tous. Il s'agit à la fois de reconnaître d'apport des professionnels des SAAD dans le cadre des PAG et de garantir qu'ils ne soient pas seuls face à des situations complexes qui ne trouvent pas de solutions d'accueil dans les établissements médico-sociaux.

L'encouragement de la formation et de la qualification des professionnels

Du fait de l'activité et du poids de la masse salariale, la gestion des ressources humaines est au centre des préoccupations des gestionnaires de SAAD prestataires.

Cette démarche peut être envisagée en plusieurs temps :

- Le SAAD doit disposer de personnel qualifié pour accompagner des publics fragiles ;
- Des formations spécifiques peuvent être offertes aux professionnels qui sont amenés à accompagner les publics présentant des pathologies spécifiques (ex. : personnes atteintes de la maladie Alzheimer ou de maladies apparentées) ou des personnes en situation de handicap (gestes techniques à effectuer, handicaps spécifiques notamment l'autisme avec un enjeu particulier du respect des recommandations de bonnes pratiques). En effet, ces accompagnements spécifiques nécessitent à la fois des savoir-être et des savoir-faire particuliers, qui doivent par ailleurs faire l'objet d'une démarche de maintien des compétences à travers des formations régulières ;

- Des formations aux gestes et postures peuvent être organisées tout au long de la carrière des professionnels pour prévenir les accidents de travail/maladies professionnelles ;
- En amont de l'intervention chez un usager, une expertise du domicile permet de s'assurer des bonnes conditions de travail du professionnel. Pour les bénéficiaires de l'APA, des aménagements peuvent être sollicités, des travaux menés par les fédérations avec l'ANACT, etc. Pour les personnes en situation de handicap, ils peuvent être sollicités au titre de la PCH et du fonds départemental de compensation.

La section IV du budget de la CNSA permet le cofinancement de nombreuses actions de formation spécialisées pour la prise en charge de la perte d'autonomie et de tout handicap en direction des SAAD.

Les structures doivent a minima respecter les dispositions du droit du travail et de la convention collective dont elles relèvent.

En outre, en termes de formation professionnelle, les structures doivent respecter le taux de cotisation prévu par leur convention collective. Celles qui consacrent davantage de moyens de façon volontaire ou par application de disposition conventionnelles devraient être valorisées.

L'accord cadre national 2014-2016 d'engagement de développement de l'emploi et des compétences pour l'autonomie (EDEC) prévoit un certain nombre d'actions pour le développement de l'emploi et des compétences et de la sécurisation des parcours des salariés.

Le respect des principes d'organisation qui concourent à la qualité de l'accompagnement

Afin de garantir à la fois la qualité de l'accompagnement des usagers et les conditions de travail favorables des professionnels, il est nécessaire que l'organisation du service tienne compte des spécificités des publics accompagnés.

A minima le service doit respecter les engagements du cahier des charges national des services d'aide à domicile.

En lien avec les principes du cahier des charges et ceux du label CAP HANDEO, pour les personnes en situation de handicap, on peut identifier quelques principes importants qui soulignent une organisation du service adaptée au champ du handicap :

- Des amplitudes horaires qui tiennent compte des besoins et du projet de vie des personnes (vie scolaire ou professionnelle, vie sociale, vie intime, etc.) ;
- Des interventions sécurisées par d'organisation efficace des remplacements (cf. point suivant) ;
- Un planning souple et modifiable, en respectant des conditions de préavis ;
- Des encadrants formés au handicap ;
- Une organisation de temps d'échanges collectifs pour les intervenants sous forme de réunions de services ou d'analyse des pratiques ;
- Des remontées des dysfonctionnements et des conflits organisées au niveau des SAD, avec le réexamen régulier de la situation de la personne accompagnée ;
- La mise en place d'instances représentatives des usagers du service ;

Ces principes doivent être déployés dans le respect du code du travail et des textes conventionnels applicables.

Il est recommandé de prendre en compte ces principes, qui ne s'imposent pas à tous les services, dans le cadre de la négociation du CPOM si le service accompagne un nombre important des bénéficiaires en situation de handicap.

Il est par ailleurs nécessaire d'engager une réflexion avec les équipes sur les limites entre l'aide et les soins afin de ne pas laisser les professionnels seuls face à cette problématique.

Enfin le rôle des professionnels de SAAD en matière de lutte contre la maltraitance doit être reconnu car ils sont bien placés pour identifier des situations à risque à domicile. Cela concerne particulièrement les femmes en situation de handicap, doublement fragiles face aux abus. Les SAAD peuvent jouer un rôle dans la diffusion de l'information sur la plateforme nationale de lutte contre la maltraitance et son numéro d'appel 3977.

L'organisation de pools de remplacement / astreintes / équipes d'itinérance d'urgence

La création d'une équipe dédiée permet de répondre à l'ensemble des besoins urgents de l'aide à domicile :

- Qu'ils proviennent de la santé des salariés, tels les arrêts maladie ;
- Qu'ils soient issus des partenaires prescripteurs, telles les sorties d'hôpital urgentes ;
- Qu'ils émanent de la vie à domicile, tels les situations critiques ou le besoin d'un binôme.

Une réponse d'urgence de meilleure qualité peut ainsi être proposée dans le cadre de cette équipe, corrélée à une meilleure évaluation du niveau du climat social qui se traduit par :

- Moins de sollicitation et de changements de plannings dans l'urgence ;
- Une meilleure continuité de service ;
- Une satisfaction des bénéficiaires et des aidants dans la réponse apportée ;
- La baisse du recours aux CDD.

La mise en place d'un professionnel « volant », associé aux équipes matin et après-midi permet de :

- Réduire les amplitudes de travail des salariés ;
- Améliorer leurs conditions de travail ;
- Améliorer la satisfaction des bénéficiaires avec une réduction du nombre d'intervenants.

L'organisation du temps de travail est ainsi plus rationnelle pour les intervenants avec :

- Des amplitudes journalières de 10h ;
- Moins d'interruptions ;
- Plus de régularité dans les horaires et les bénéficiaires.

Un impact positif est également à noter sur les conditions et la satisfaction au travail, avec, in fine, une amélioration de la productivité qui se traduit par :

- Une diminution des arrêts maladie ;
- Une baisse du stress ;
- Une fidélisation des salariés (baisse du turn-over) ;
- Une plus grande facilité de recrutement ;

- Une diminution du nombre d'intervenants auprès d'un même bénéficiaire (3 personnes en moyenne) ;
- Un esprit d'équipe renforcé.

La diminution des temps de travail fragmenté

Le recours à la télégestion et l'optimisation des plannings peuvent permettre de limiter les horaires fragmentés des salariés de l'aide à domicile.

-> Mauvaises pratiques dans l'aide à domicile

« Juste information et libre choix de l'usager »

Des pratiques contraires au libre choix à proscrire

Constituent des pratiques contraires aux dispositions légales et portant atteinte au libre choix :

- Le fait lors des visites d'évaluation réalisées par les équipes médico-sociales d'orienter la personne vers un service en particulier, sans que la personne accompagnée n'en ait fait la demande ou le défaut de conseil de s'adresser à un service prestataire pour les GIR 1 et 2 ;
- Le fait de fournir une liste de services ne comprenant pas l'ensemble des services autorisés (y compris les services non habilités au titre de l'aide sociale -ex-agrérés) intervenant sur la zone géographique concernée.

La prescription d'un mode d'intervention sans laisser la liberté de choix

Au niveau du choix du mode d'intervention - service prestataire, emploi direct accompagné ou non par un service mandataire – ne pas respecter la liberté de choix entre tel ou tel mode d'intervention est formellement interdit par les textes sauf lorsque la loi le prévoit, par exemple pour les GIR 1 et 2 ou les personnes nécessitant une surveillance régulière du fait de la détérioration de leur état physique ou intellectuel ou en raison de leur insuffisance d'entourage familial ou social où le mode prestataire est la règle et l'emploi direct, même accompagné par un service mandataire, l'exception (article R. 232-12 du CASF).

Le passage en mode mandataire des bénéficiaires de l'APA en GIR 3 & 4 ou des bénéficiaires de la PCH

Certains bénéficiaires de l'APA qui avaient recours à des SAAD en mode prestataire, notamment les GIR 3 et 4, peuvent être incités par le conseil départemental à recourir au mode mandataire du fait des tarifs horaires moins onéreux qui s'y rattachent, sans être informés au préalable des conséquences du changement du mode d'intervention de leur aide à domicile.

Il en est de même pour les interventions de nuit pour les personnes en situation de handicap dans certains départements.

Or le recours au mode mandataire implique pour les personnes accompagnées de devenir employeur de leur aide à domicile, générant des contraintes et des coûts annexes qui peuvent les mettre en difficulté, alors même qu'il s'agit de personnes fragiles.

Le risque pour certains services mandataires d'être requalifiés en employeur

Les structures qui exercent une activité en mode mandataire doivent être vigilantes concernant le cadre de leur intervention et respecter certaines prérogatives qui relèvent du seul particulier-employeur, qui doit notamment :

- Rester libre de choisir le salarié qu'il recrute ;
- Signer le contrat de travail ;
- Définir les horaires et les tâches à accomplir ;
- Définir et payer directement le salaire ;

- Signer l'ensemble des documents (demandes d'immatriculation, déclarations, attestations, etc.) relatifs à l'emploi.

A titre d'exemple, des structures ont été requalifiées en employeur dans les cas suivants :

- Une structure qui effectuait à la place du particulier-employeur les formalités, payait le salaire et les charges, recrutait le personnel par voie publicitaire, et procédait aux affectations en fonction des besoins, en sorte que les prestations pour un seul client pouvaient être assurées par plusieurs aides au cours du même trimestre⁴ ;
- Lorsque le salarié travaillait selon des horaires et des lieux communiqués par la structure , qu'il devait rendre compte de son métier en remplissant et communiquant des fiches de présence, que la structure contrôlait et comptabilisait⁵.
- Lorsque le particulier employeur a été reconnu incapable de contracter du fait de sa perte d'autonomie et que le service mandataire était devenu l'interlocuteur du salarié⁶.

La suppression de l'APA pour les bénéficiaires qui refusent la proposition de l'équipe APA du CD de passer en mode mandataire ou en emploi direct

La suppression de l'APA ou de la PCH pour les bénéficiaires qui refusent la proposition de l'équipe APA du CD de passer par un emploi direct, accompagné ou non.

Le fait de remettre en cause le bénéfice de l'allocation (APA ou PCH) lorsque le bénéficiaire manifeste son choix pour tel mode d'accompagnement (prestataire, gré à gré avec ou non le recours à un service mandataire) ou pour tel service est contraire au respect du libre choix des personnes accompagnées, sauf dans les cas prévus par la loi (GIR1 et 2, capacité de la personne...)

Dans certains cas, les personnes qui notifient leur refus de recourir au mode mandataire se voient refuser tout plan d'aide et donc l'attribution de l'APA. Cette pratique est illégale.

Interdiction du cumul de la PCH au titre de participation à la vie sociale et d'un accompagnement par un SAVS ou un SAMSAH

L'aide humaine au titre de la PCH concerne notamment les actes essentiels, dont fait partie la participation à la vie sociale. Certains départements refusent le cumul entre les heures prévues à cet effet et les interventions d'un SAVS ou d'un SAMSAH.

S'il convient de s'assurer de la cohérence des interventions et de leur articulation, ces différents modes de compensation peuvent être complémentaires.

Refus de mutualisation de la PCH dans le cadre d'habitats groupés

Dans le cadre des initiatives de logement inclusif, la mise en commun de la PCH est refusée dans certains départements. Cela freine le développement de cette nouvelle offre résolument tournée vers le milieu ordinaire et qu'il convient au contraire d'encourager.

⁴ Cass. Soc. 20 janvier 2000 n°98-13216.

⁵ Cass. Soc. 30 juin 2010 n°09-42116.

⁶ Cass. Soc. 28 novembre 2006 n° 05-43196.

« Juste tarif »

Un coût de revient du service supérieur à la tarification du CD

L'intégralité des charges supportées par les SAAD n'est pas toujours reconnue, entraînant un déficit chronique du SAAD. Chaque heure d'intervention réalisée par un SAAD dont la tarification horaire ne correspond pas à son coût de revient génère un déficit structurel des SAAD, qui met en danger la pérennité des structures. La conclusion d'un CPOM avec des services permettrait de mieux prendre en compte la réalité des coûts de ces services au regard de la fixation du tarif de référence de l'APA et du tarif national de la PCH, tout en les incitant à développer également leur efficacité.

La détermination du montant de l'APA

La valorisation du plan d'aide est parfois obtenue en multipliant le nombre d'heures mentionnées au plan d'aide par un taux horaire unique d'APA fixé unilatéralement. Le caractère unilatéral de la fixation de ce taux horaire, sans que soit connu ni le mode de calcul ni les critères permettant cette valorisation peut être générateur de conflits entre les acteurs. Là encore la conclusion d'un CPOM peut inciter à un meilleur dialogue entre le département et le service.

L'article R 232-9 du CASF (article 1 du décret 2016-210 du 26 février 2016) prévoit que « *la valorisation des heures d'aide à domicile est opérée en fonction de tarifs arrêtés par le président du conseil départemental, notamment selon qu'il y ait recours à un prestataire, un mandataire ou un emploi direct* ». Cet article dispose en outre que ces tarifs tiennent compte des statuts publics, des conventions collectives ou accords d'entreprises applicables aux salariés concernés.

Aussi, il est logique que les tarifs des services prestataires ne soient pas équivalents.

L'instauration d'une participation supplémentaire par rapport à celle prévue par le code de l'action sociale et des familles pour les bénéficiaires de l'APA

L'instauration d'une participation financière supplémentaire, par rapport à la participation calculée au regard du barème prévu par la loi⁷, est contraire à la loi, qui prévoit une modulation en fonction des ressources et du plan d'aide de la personne, et ce, qu'elle soit ou non limitée aux bénéficiaires de l'APA dont les ressources sont supérieures au minimum vieillesse. En outre, une telle augmentation du coût de l'heure d'aide à domicile risque d'entraîner une baisse de la consommation du nombre d'heures d'aide à domicile et donc in fine une moindre réponse aux besoins de la personne, attestés par l'évaluation ainsi qu'une baisse de l'activité des SAAD et des licenciements.

Une opposition au CPOM

Alors que la loi ASV et la loi de financement de la sécurité sociale 2016 encouragent fortement la généralisation des CPOM dans l'ensemble du secteur médico-social, il est dommageable que les CPOM ne se développent pas davantage et que les acteurs se privent de ce nouvel outil tarifaire et de programmation, qui pourrait être une réponse structurelle au problème économique des SAAD, ainsi que l'ont démontré les expérimentations de la préfiguration de la réforme de l'aide à domicile.

⁷ Fixé par l'article R. 232-11 du code de l'action sociale et des familles

Une mauvaise utilisation du CPOM

Certains CPOM ont instauré un tarif horaire APA ou PCH, sans aucune précision sur les modalités de calcul des taux horaires. Une telle pratique est contraire à l'esprit du CPOM qui est avant tout un contrat qui doit faire l'objet d'une négociation entre les deux parties.

Conditions de travail des professionnels

Un fractionnement des interventions

En raison de contraintes financières de plus en plus fortes, les plans d'aide tendent à être fractionnés (30 minutes, voire 15 minutes).

Ce fractionnement peut avoir plusieurs conséquences :

- Une augmentation des charges pour le service :
 - Une multiplication des temps de trajets ;
 - Une augmentation des temps d'inter-vacations ;
 - Un absentéisme croissant ;
 - Un turn-over des personnels ;
 - Et in fine un gaspillage économique ;
- Une dégradation de la qualité de la prise en charge au domicile :
 - Un inconfort, voire une souffrance pour la personne aidée, qui subit le rythme de l'intervention, y compris pour des gestes intimes comme la toilette ou la prise de repas ;
 - Une impossibilité pour les intervenants à domicile et les services de mener des actions de prévention ;
- Une dégradation des conditions de travail pour les intervenants à domicile :
 - Une multiplication des déplacements et des risques professionnels ;
 - Une souffrance au travail pour les salariés qui sont soumis à un stress permanent lié à ces temps trop contraints ;
 - Des risques professionnels croissants avec de mauvaises postures pour faire plus vite, des risques routiers majorés, etc.
- Un manque d'attractivité pour les métiers de l'aide à domicile ;
- Pour les CD, une multiplication des contrôles d'effectivité et des détails de facturations.

Cependant, un nombre plus important d'interventions de plus courte durée peut aussi constituer une meilleure réponse aux besoins d'aide de certaines personnes, tout en tenant compte de la contrainte des plafonds des plans d'aide ou de compensation et pour les personnes, de leur participation financière.

Un conseil départemental qui, motivé par ces préoccupations, préconise un fractionnement important, devrait aider les SAAD, y compris financièrement, à être en capacité de répondre aux contraintes induites par cette fragmentation importante, qui supposent davantage de temps de déplacement.

Le temps partiel subi

Le temps partiel subi des aides à domicile contribue fortement au turn-over des professionnels et au manque d'attractivité du secteur.

Certains CPOM imposent aux structures de privilégier le recours à des temps partiels.

-> Fiche technique :

Modalités de compensation aux départements des dépenses nouvelles liées à la réforme de l'APA à domicile

La [loi n°2015-1776](#) du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV) fixe le principe de la compensation aux départements des coûts liés à la réforme de l'APA à domicile (I).

Les modalités de cette compensation, fixées par le [décret n°2016-212](#) du 26 février 2016 relatif à certains concours versés aux départements par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), se caractérisent par des règles de calcul différentes de celles de la première part du concours APA (II) et des règles de gestion similaires (III).

I – Les principes de la compensation de la réforme de l'APA

La loi ASV ([article 55](#) modifiant [l'article L14-10-6](#) du code de l'action sociale et des familles - CASF, éclairée par son exposé des motifs, son rapport annexé et son étude d'impact) fixe le principe de la **compensation aux départements de leurs charges nouvelles** liées :

- à la revalorisation des plafonds des plans d'aide ;
- à la réforme du barème de participation financière des bénéficiaires ;
- aux mesures en faveur des aidants : instauration d'un module « répit » et possibilité de dépasser les plafonds de l'APA en cas d'hospitalisation de l'aidant ;
- à l'augmentation de la dépense d'APA générée par l'agrément, fin 2014, d'un avenant à l'accord de la branche de l'aide à domicile du 29 mars 2002 prévoyant une revalorisation de la valeur du point de 1% pour l'ensemble des salariés de la branche (« accords BAD »).

Cette compensation est mise en œuvre à travers la **création d'une 2^{de} part de concours APA**, versée, comme le concours APA déjà existant, par la CNSA dans le cadre de la section II de son budget, abondée pour se faire par une fraction du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), fixée à 55,9% de ce produit pour 2016, et à 70,5% de ce produit à compter de 2017.

Le caractère dynamique de cette ressource nouvelle affectée au financement de la réforme de l'APA garantit la pérennité de la compensation.

Les crédits de la 2^{de} part du concours APA sont répartis entre les départements en fonction de **l'estimation** de leurs charges nouvelles et **dans la limite des fractions de CASA** précitées, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

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

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

II – Des règles de calcul spécifiques

● Modalités de détermination du montant global de la 2nde part du concours APA (I de l'article [R.14-10-38-1](#) du CASF)

Le décret n°2016-212 du 26 février 2016 prévoit le calcul du montant global de la 2nde part du concours APA à partir de l'évolution de la dépense d'APA à domicile entre 2015, dernier exercice avant l'entrée en vigueur de la réforme, et l'année au titre de laquelle le concours est attribué, à laquelle s'ajoute l'enveloppe de 25,65 M€ dédiée à la compensation de l'impact de l'accord de la BAD versée dès 2015 dans le cadre du concours APA, dans la limite de la fraction de CASA affectée à la section II du budget de la CNSA.

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

● Modalités de répartition entre les départements des crédits de la 2nde part du concours APA (II de l'article [R.14-10-38-1](#) du CASF)

Les crédits de la 2nde part du concours APA sont répartis entre les départements en fonction d'une clef de répartition résultant de l'estimation de la charge nouvelle de chaque département réalisée *ex ante* par le ministère chargé des personnes âgées.

Cette estimation du coût de la réforme, qui a simultanément permis de préciser le calibrage des mesures (niveau des nouveaux plafonds et du module répit, seuils des tranches du plan d'aide et taux de l'abattement pour la participation), s'appuie sur :

- des données individuelles sur les bénéficiaires de l'APA (sexe, âge, vie en couple, revenus, degré de dépendance, montant du plan d'aide, ancienneté du droit), des données sur les dépenses d'APA à domicile, des données démographiques, les résultats de l'enquête sur les bénéficiaires et les dépenses d'aide sociale départementale ;
- un modèle de micro-simulation adossé aux données sur les bénéficiaires (« AUTONOMIX »), complété par un modèle basé sur des indicateurs sociaux départementaux.

● Des dispositions transitoires pour le calcul du montant prévisionnel de la 2nde part du concours APA pour les années 2016 à 2018 (article 5 et annexe 2 du décret)

D'une manière générale, le montant prévisionnel du concours global est calculé en janvier de l'année N sur la base de la dépense d'APA à domicile disponible à cette date, soit la dépense de l'année N - 2 (alinéa 2 de l'article [R.14-10-41-1](#)). L'évolution de la dépense d'APA à domicile liée à la réforme de l'APA ne pourra être constatée de manière complète, c'est-à-dire à l'issue de sa montée en charge, que sur l'exercice 2017, dont les données ne seront elles-mêmes disponibles qu'en juillet 2018.

Il est donc apparu nécessaire, pour tenir compte de l'absence des données utilisées en régime de croisière, de prévoir pour les années 2016 à 2018 des modalités spécifiques de calcul du concours prévisionnel.

Le décret n°2016-212 fixe le montant du concours prévisionnel, globalement et pour chaque département, en fonction de l'estimation *ex ante* du coût de la réforme de l'APA réalisée par la DREES, en tenant compte du caractère progressif de la montée en charge de la réforme.

Si le nouveau barème de participation entre en vigueur au 1^{er} mars 2016, la révision des plans d'aide saturés au regard des nouveaux plafonds et des besoins de répit des aidants n'interviendra que de manière progressive jusqu'au 1^{er} janvier 2017, d'où une montée en charge sur 2 ans de la réforme, pour un coût estimé au total à 306 M€ en 2016 et 453 M€ en 2017 et 2018.

	2016	2017	2018
Refonte barème de participation financière (a)	145,8	175	175
Revalorisation plafonds des plans d'aide (b)	93,5	175	175
Soutien aux aidants (répit et relais en cas d'hospitalisation) (c)	41,7	78	78
Accord branche de l'aide à domicile (d)	25,6	25,6	25,6
2 ^{ème} part concours APA (A = a + b + c + d)	306,5	453,6	453,6

III - Des règles de gestion inspirées de celles de l'ancien concours APA, devenu la 1^{ère} part du concours APA (article R.14-10-41-1 du CASF)

La gestion de la 2^{nde} part du concours APA se structure ainsi de la façon suivante :

- février de l'année N :
 - o calcul par la CNSA d'un montant global de concours prévisionnel déterminé sur la base du dernier montant global définitif connu de la dépense d'APA à domicile (soit celui de l'année N-2) ;
 - o répartition de ce montant entre les départements par application du coefficient fixé pour chaque département par l'annexe 2.10 du CASF ;
 - o notification du montant prévisionnel ainsi calculé aux départements au plus tard le 10 février, en même temps que le montant de la 1^{ère} part du concours APA ;
- entre février et décembre de l'année N : versement, au plus tard le 10^{ème} jour du mois suivant, d'acomptes mensuels correspondant au minimum à 90% du concours prévisionnel ;
- juin de l'année N + 1 (au plus tard le 30) : remontée par les départements à la CNSA des états récapitulatifs de leurs dépenses d'APA, distinguant APA à domicile et APA en établissement ;
- septembre de l'année N + 1 :
 - o calcul et notification du montant du concours définitif (global et par département) au vu de la dépense d'APA à domicile de l'année N et du solde (10%) éventuellement majoré ou minoré en fonction du montant de l'enveloppe globale définitive et de la garantie que le montant de la dépense nette total d'APA n'excède pas 30% du potentiel fiscal du département ;

- versement du solde s'il est positif ;
 - **octobre et mois suivants N + 1** : en cas de solde négatif, diminution du montant des acomptes suivants à due concurrence.
-

Textes de référence :

- [Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement](#)
- [Décret n° 2016-212 du 26 février 2016 relatif à certains concours versés aux départements par la CNSA](#)
- Dispositions du code de l'action sociale et des familles :
 - Partie législative : [article L. 14-10-5](#) ; [article L. 14-10-6](#)
 - Partie réglementaire : [articles R. 14-10-38 à R. 14-10-42](#)

-> Fiche technique :

Avenant n°19/2014 à la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD) du 27 novembre 2014 : modalités de prise en compte par les départements et de compensation par l'Etat

Les partenaires sociaux de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD) ont signé le 27 novembre 2014 **un avenant** ([ici](#)) revalorisant de 1% la valeur du point (accord BAD), avec effet rétroactif au 1^{er} juillet 2014.

Cet avenant a été, conformément aux dispositions de l'**article L314-6** ([ici](#)) du code de l'action sociale et des familles (CASF), soumis à la commission nationale d'agrément (CNA) avant d'être agréé par **arrêté** ([ici](#)) du ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes le 29 décembre 2014, puis étendu par **arrêté du 11 mars 2015** ([ici](#)). Il s'impose donc à tous les services relevant de cette convention collective, c'est-à-dire tous les services d'aide à domicile (SAD) associatif, à l'exception des SAD gérés par la Croix-Rouge ou par une association dont l'activité principale fait relever l'ensemble de ses services d'une autre branche.

Cette mesure, qui profite aux 230 000 salariés de cette branche professionnelle, dont 97% de femmes, qui accompagnent au quotidien à leur domicile les personnes fragilisées, en majorité des personnes âgées, qui souhaitent vivre chez elles le plus longtemps possible, s'inscrit dans le chantier de refondation de l'aide à domicile et dans l'objectif de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV) d'accompagner la réforme de l'APA d'une amélioration de la professionnalisation et des conditions de travail des services à domicile.

Le Gouvernement s'est ainsi engagé, dans le cadre de la préparation de cette loi et de la concertation avec l'Assemblée des départements de France (ADF), à agréer un accord de la branche et à en compenser l'impact financier sur la dépense d'APA pour les départements, pour un montant de 25,65 M€.

I - Modalités de compensation aux départements des coûts liés à l'avenant n°19/2014 ([ici](#))

● Une compensation pérenne de 25,65 M€ attribuée, dès 2015, dans le cadre du concours APA

Principaux financeurs des services d'aide à domicile, les conseils départementaux supportent environ 63 % du coût total de l'avenant n°19/2014, estimé en année pleine à 40 M€ (soit environ 1% de la masse salariale de la BAD), soit 25,65M€. Le solde (environ 14,35M€) est financé par les caisses de sécurité sociale (au titre de l'aide ménagère pour les personnes âgées en GIR 5 et 6, de l'aide aux familles, du financement des services de soins infirmiers à domicile - SSIAD par l'Objectif national des dépenses d'Assurance maladie - ONDAM), les usagers (reste à charge) et les départements au titre de la prestation de compensation du handicap – PCH - et de l'aide sociale à domicile.

Afin de compenser le coût pour les départements de l'avenant n°19/2014, l'Etat s'est engagé, dans le cadre des concertations conduites avec l'ADF lors de l'élaboration du projet de loi ASV, à augmenter de 25,65 M€ le montant de la compensation de la réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile alloué chaque année aux conseils

départementaux à partir de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA). Cette compensation ne résulte pas d'une obligation constitutionnelle, elle témoigne de la volonté de l'Etat de donner les moyens nécessaires à la bonne mise en œuvre de cet accord de branche qui permet de revaloriser les métiers de l'aide à domicile.

A compter de 2016, conformément à la loi ASV et au **décret n° 2016-212** ([ici](#)) du 26 février 2016 relatif à certains concours versés aux départements par la CNSA, la compensation de 25,65 M€ au titre de l'avenant n°19/2014 est incluse dans la fraction de CASA affectée par la loi ASV à la section II du budget de la CNSA au titre de la seconde part du concours APA.

La compensation a toutefois été mise en œuvre dès 2015, par anticipation, par le biais de l'affectation à la section II du budget de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) relative au concours APA d'une fraction égale à 3,61% du produit de le CASA, conformément à l'**article 84** ([ici](#)) de la loi ASV.

● **Modalités de répartition entre les départements de la compensation de l'avenant n°19/2014**

Le choix a été fait d'abonder l'enveloppe nationale dédiée au financement du concours APA de 25,65 M€, cette enveloppe augmentée étant dans un second temps répartie entre les départements selon les critères ou les modalités prévus pour ce concours APA.

Ainsi pour 2015, la CNSA a recalculé le montant du concours APA prévisionnel de chaque département sur la base d'une enveloppe nationale augmentée des 25,65 M€ affectée à la compensation de l'avenant 19/2014 et des critères de répartition du concours (nombre de personnes âgées de 75 ans et plus, dépense d'APA, potentiel fiscal et nombre de bénéficiaires du RSA, garantie au regard du potentiel fiscal), puis elle a versé à chacun une enveloppe correspondant à la différence entre le concours qui lui été notifié en février 2015 et ce nouveau montant.

A compter de 2016, la compensation de l'avenant n°19/2014 s'effectue dans le cadre de la seconde part du concours APA créée pour compenser le coût de la réforme de l'allocation.

Selon la même logique que celle adoptée pour l'enveloppe 2015, l'enveloppe dédiée à la compensation de l'avenant n°19/2014 est répartie entre les départements suivant la clé applicable à la répartition du montant de la 2^{de} part du concours APA, établie par la DREES notamment à partir d'une estimation de l'impact de la revalorisation des plans d'aide et de la réforme du barème de participation financière. Suivant les principes définis par la loi ASV et le décret précité, **le montant attribué à chaque département au titre de la 2^{de} part du concours APA est calculé et notifié globalement, sans distinction entre ses différentes composantes** que sont la revalorisation des plafonds des plans d'aide, la refonte du barème de participation financière, les mesures de soutien aux aidants et l'avenant n°19/2014.

II – Modalités de prise en compte par les départements de l'avenant n°19/2014

L'avenant n°19/2014 doit être pris en compte par les conseils départementaux dans le cadre de leur financement des services d'aide à domicile et des prestations qui les solvabilisent, comme tout accord de la branche de l'aide à domicile.

La compensation allouée dans le cadre du concours APA permet de compenser l'essentiel du coût financier résultant pour les départements de leur obligation de tenir compte de cet avenant, d'une part dans le cadre de la tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile, d'autre part pour la valorisation des heures d'aide à domicile dans le cadre de l'APA.

● Concernant les SAAD tarifés

L'article L. 314-6 du CASF rend les accords de la BAD opposables aux tarificateurs :

« Les conventions collectives de travail, conventions d'entreprise ou d'établissement et accords de retraite applicables aux salariés des établissements et services sociaux et médico-sociaux à but non lucratif dont les dépenses de fonctionnement sont, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, supportées, en tout ou partie, directement ou indirectement, soit par des personnes morales de droit public, soit par des organismes de sécurité sociale, ne prennent effet qu'après agrément donné par le ministre compétent après avis d'une commission où sont représentés des élus locaux et dans des conditions fixées par voie réglementaire. Ces conventions ou accords s'imposent aux autorités compétentes en matière de tarification, à l'exception des conventions collectives de travail et conventions d'entreprise ou d'établissement applicables au personnel des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées et ayant signé un contrat pluriannuel ou une convention pluriannuelle mentionnés aux articles L. 313-11 ou L. 313-12.

(...) »

Par conséquent, il appartient aux conseils départementaux de prendre en compte l'avenant 19/2014 dans la fixation du tarif des SAAD.

Toutes choses égales par ailleurs, l'impact de l'avenant 19/2014 peut être déterminé, pour chaque SAAD concerné, à partir de la part du budget correspondant à la masse salariale des salariés intervenant dans le cadre de l'APA (par exemple 80% du budget), à laquelle il convient d'appliquer l'augmentation de la valeur du point fixée par l'avenant, soit +1%.

Il faut toutefois rappeler qu'au regard des règles de la tarification, le tarif d'un SAAD prend en compte un ensemble de déterminants pouvant entraîner une augmentation supérieure ou inférieure de ce tarif.

Pour les SAAD relevant de la BAD dont le tarif aurait été fixé sans prendre en compte l'augmentation du coût de la masse salariale induit par l'avenant, le déficit généré à ce titre pour 2015 doit être repris par le conseil départemental, soit par le biais d'une hausse du tarif 2016, soit par le versement au SAAD d'une subvention exceptionnelle. Cette deuxième option, qui présente l'intérêt d'être neutre pour les usagers, implique, au regard des règles communautaires sur la concurrence, que les crédits versés correspondent aux heures réellement effectuées et requiert une convention identifiant clairement l'objet de la subvention.

● Concernant les services associatifs relevant de la BAD non tarifés

L'article R232-9 ([ici](#)) du CASF dispose que : *« Pour la détermination du montant du plan d'aide, la valorisation des heures d'aide à domicile est opérée en fonction de tarifs arrêtés par le président du conseil départemental, notamment selon qu'il y ait recours à un prestataire, un mandataire ou un emploi direct. Ces tarifs tiennent compte des statuts publics, des conventions collectives ou accords d'entreprise applicables aux salariés concernés. »*. Ce même article disposait déjà dans sa rédaction antérieure au décret du 26 février 2016 que la valorisation des heures d'aide ménagère était opérée *« en tenant compte des dispositions régissant selon les cas, les statuts publics ou les conventions collectives ou accords de travail applicables aux salariés de la BAD agréés au titre de l'article L.314-6 du CASF (...) »*

Les départements doivent en vertu de ces dispositions revaloriser les tarifs de référence applicables aux bénéficiaires de l'APA recourant aux SAAD associatifs afin de prendre en compte le surcoût généré pour les gestionnaires de ces services par la mise en œuvre de l'avenant n°19/2014. Comme le suggère la rédaction des dispositions réglementaires et comme il était déjà recommandé dans la note d'information sur l'APA du 23 octobre 2002, les départements peuvent fixer des tarifs de référence différents pour les

services prestataires d'aide à domicile, lié à leur statut juridique et fondé sur des obligations, résultant des statuts ou des conventions collectives qu'ils doivent appliquer, différenciées et générant des coûts salariaux ou de structures différents.

Pour l'année 2015, pour les départements qui n'ont pas revalorisé le tarif applicable aux services associatifs compte tenu de l'avenant, il est recommandé de procéder de manière différenciée selon la situation.

Si le SAAD a augmenté son tarif pour tenir compte du coût de l'avenant, le surcoût lié à la mise en œuvre de l'avenant a été supporté par les bénéficiaires de l'APA.

Une éventuelle compensation rétroactive du coût de l'accord devrait viser non les SAAD mais directement les bénéficiaires de l'APA – ce qui paraît complexe à mettre en œuvre.

Si le SAAD n'a pas augmenté ses tarifs en 2015 malgré l'avenant, il a lui-même supporté le surcoût correspondant sans le répercuter sur les usagers, ce qui légitime le versement d'une compensation par le conseil départemental. Celle-ci peut se traduire par une hausse du tarif de référence 2016 ou par le versement d'une subvention exceptionnelle, cette seconde option paraissant plus simple à mettre en œuvre.

A compter de 2016, il est préconisé, si cela n'a pas été fait en 2015, de revaloriser le tarif de référence APA applicable aux services prestataires associatifs.

-> Fiche technique :

La réforme du régime juridique des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)

Afin de permettre aux départements, chef de file des politiques d'action sociale, de mieux structurer une offre de services de qualité sur leur territoire, les articles 47(ici), 48(ici), et 67(ici), de la loi n° 2015-1776 (ici) du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) a unifié les régimes juridiques des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) intervenant auprès des personnes âgées, des personnes handicapées et des familles fragiles en faisant prévaloir celui de l'autorisation.

Le double régime d'agrément (introduit par la loi Borloo (ici) de 2005) et d'autorisation (relevant du code de l'action sociale et des familles) avec droit d'option, ouvert aux services prestataires d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès des publics fragiles, était en effet critiqué par plusieurs rapports parlementaires et de la Cour des comptes qui relevaient sa complexité et les difficultés qu'il posait tant pour les départements que pour les services eux-mêmes.

Ce nouveau régime s'inscrit dans une logique classique de protection sociale des publics fragiles. Les services sont ainsi soumis aux mêmes exigences et garanties.

I - Une bascule simplifiée dans le régime de l'autorisation de tous les SAAD prestataires intervenant auprès de publics vulnérables

- Les modalités de la bascule dans le régime de l'autorisation des SAAD ex-agrégés

La loi ASV organise la bascule automatique dans le régime de l'autorisation des SAAD prestataires ex-agrégés qui interviennent auprès des publics fragiles :

- depuis le 30 décembre 2015, par l'effet direct de l'entrée en vigueur de la loi ASV (article 47), **les services intervenant auprès des personnes âgées ou handicapées** sont réputés détenir une autorisation ne valant pas habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale à compter de la date d'effet de leur dernier agrément. Ils peuvent demander, sans appel à projet, une autorisation, une extension d'activité ou l'habilitation à l'aide sociale auprès des conseils départementaux. Ils peuvent en tout état de cause intervenir auprès des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH) ;

- de la même manière, en application de l'article 67 de la loi ASV, **les services intervenant auprès de familles fragilisées au titre de l'aide sociale à l'enfance**, qui sont habilités par le département en vertu de l'article L. 221-1 (ici) du code de l'action sociale et des familles, sont réputés autorisés à compter de leur date d'ouverture ;

- **quant aux services intervenant auprès de familles fragilisées bénéficiant d'une prise en charge par la caisse d'allocations familiales**, l'entrée en vigueur de la réforme aura lieu le 1er juillet 2016 en application de l'article 48 de la loi ASV (décret en cours de publication) : ils seront alors réputés autorisés à compter de la date de leur dernier agrément

● Une bascule sécurisée pour les différents acteurs concernés

Les SAAD ex-agrérés intervenant auprès des personnes âgées et des personnes handicapées sont réputés autorisés sans habilitation à intervenir auprès de bénéficiaires de l'aide sociale et donc sans tarification par le conseil départemental. En effet, l'unification des régimes juridiques ne pouvait entraîner automatiquement la tarification de l'ensemble des services, insoutenable pour les conseils départementaux, étant en outre précisé que certains services sont attachés à leur liberté tarifaire.

Toutefois, cette disposition est complétée par la faculté pour ces services anciennement agrérés, de poursuivre leurs interventions auprès des bénéficiaires de l'APA ou de la PCH :

- leur zone d'intervention demeure celle prévue dans le cadre de leur agrément ;
- ils ont l'obligation d'intervenir auprès de tous les bénéficiaires de l'APA ou de la PCH résidant dans cette zone

Une période transitoire de 10 ans est également prévue pour permettre aux directeurs des SAAD ex-agrérés d'acquérir le niveau de qualification requis par le code de l'action sociale et des familles

S'agissant des conseils départementaux, la bascule de ces SAAD ex-agrérés dans l'autorisation est neutre : aucune formalité de leur part n'est requise et la bascule n'a aucune incidence financière, ces SAAD n'étant pas tarifés.

La réforme permet, en outre, aux conseils départementaux, de mieux répondre aux besoins identifiés sur leur territoire notamment par le biais de la régulation et de la structuration de l'offre que permet la conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les SAAD (article 46([ici](#)) de la loi ASV)

II – Une réforme qui soumet l'ensemble des SAAD autorisés aux dispositions du code de l'action sociale et des familles prévoyant notamment le respect d'un cahier des charges national

L'autorisation renouvelée s'impose désormais à tous les SAAD prestataires intervenant auprès de publics fragiles pour des activités sensibles, qu'ils soient financés ou non par le conseil départemental. En effet, celui-ci est désormais le seul à gérer le flux des nouvelles demandes de création de SAAD prestataires.

NB : les SAAD exerçant en qualité de mandataires ou ayant recours à la mise à disposition de personnel restent dans le champ de l'agrément et continuent à relever des DIRRECTE pour toutes les procédures administratives

● Des règles homogènes favorisant l'activité du secteur de l'aide à domicile

Outre les dispositions de droit commun découlant du régime de l'autorisation (autorisation d'une durée de 15 ans, des évaluations externes et internes etc.), la réforme prévoit pour l'ensemble des SAAD prestataires sur le territoire national des mesures favorisant l'activité du secteur de l'aide à domicile.

De manière pérenne, l'article 47 prévoit une nouvelle autorisation valant mandatement au sens du droit européen, ce qui permet de sécuriser l'activité des services, ainsi que la fin de la capacité des SAAD exprimée en heures d'activité au profit d'une seule zone d'intervention.

Par ailleurs, de manière dérogatoire et jusqu'au 31 décembre 2022, afin d'apporter une réponse de principe aux services d'aide et d'accompagnement à domicile demandeurs d'une autorisation, d'une extension d'activité ou d'une habilitation à l'aide sociale dans un délai raisonnable, l'article 47 prévoit que le président du conseil départemental dispose d'un délai de trois mois à compter de la réception de la demande du service d'aide et d'accompagnement à domicile pour y répondre favorablement ou non. Les motifs de refus par le département d'autoriser ou d'habiliter un service à prendre en charge des bénéficiaires de l'aide sociale sont mentionnés à l'article L313-8([ici](#)) du CASF ; il s'agit notamment de demandes de services dont les coûts de fonctionnement sont manifestement hors de proportion avec le service rendu ou les coûts sont susceptibles d'entraîner, pour les budgets des collectivités territoriales, des charges injustifiées ou excessives, compte-tenu notamment de ses priorités en matière d'action sociale et des orientations des schémas départementaux relatifs notamment aux personnes handicapées ou aux personnes âgées.

La transparence des décisions des présidents de conseil départemental quant aux demandes d'autorisation, d'extension ou d'habilitation à l'aide sociale (HAS) est renforcée par l'obligation de motiver les décisions de refus et d'effectuer un rapport annuel à l'assemblée délibérante du département puis au conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) faisant le bilan, selon la nature juridique du gestionnaire des demandes qui lui ont été présentées.

- **Un cahier des charges (CDC) national qui fixe des règles techniques minimales d'organisation et de fonctionnement pour l'ensemble des SAAD autorisés**

Conformément à l'article 47 de la loi ASV, un cahier des charges national des SAAD est prévu à l'article L313-1-3 ([ici](#)) du code de l'action sociale et des familles

Ce cahier des charges national qui sera applicable à compter du 1er juillet 2016 soumet tous les SAAD prestataires intervenant auprès des personnes âgées ou handicapées et des familles fragilisées aux mêmes règles techniques d'organisation et de fonctionnement afin d'assurer une même qualité des prestations sur l'ensemble du territoire

Le cahier des charges national reprend en grande partie les dispositions du cahier des charges de l'agrément en les actualisant, notamment en renforçant le niveau de protection du consommateur conformément à la loi consommation du 17 mars 2014 ([ici](#)). Le décret qui traduit ce cahier des charges national a été très largement concerté avec les fédérations gestionnaires de telle sorte qu'il n'impose pas de nouvelles exigences hors d'atteinte.

S'agissant de la qualité des prestations, le cahier des charges national introduit l'obligation d'adhésion à la Charte nationale Qualité des services à la personne afin de favoriser la recherche continue d'une meilleure qualité de services et d'accompagner les SAAD autorisés dans une gestion plus efficiente. Il s'agit d'un outil d'auto-évaluation propre aux services.

- **La modification de la liste des activités de services à la personne soumises à agrément ou à autorisation dans le cadre du régime commun de la déclaration**

Un décret, en cours de publication, actualise la liste des activités relevant de l'agrément ou de l'autorisation afin de tenir compte de la réforme juridique des services d'aide et d'accompagnement à domicile présentée ci-dessus

Désormais, les activités d'aide et d'accompagnement à domicile qui sont exercées en mode prestataire auprès de publics vulnérables (personnes âgées, personnes handicapées ou atteintes de maladies chroniques et familles fragiles) relèvent du régime de l'autorisation.

Quant au régime de l'agrément, il recouvre les activités de garde d'enfants de moins de trois ans et leur accompagnement en dehors du domicile, quel que soit leur mode d'intervention (prestataire ou mandataire), ainsi que les activités d'assistance à domicile aux personnes âgées et aux personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques réalisées en mode mandataire ou mise à disposition.

Enfin, les activités de services à la personne qui ne sont pas exercées auprès d'un public fragile relèvent de la déclaration.

-> Fiche technique :

Réforme de l'APA à domicile et simplification de l'attribution des cartes d'invalidité et de stationnement pour les bénéficiaires de l'APA relevant des GIR 1 et 2

La [loi n° 2015-1776](#) du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV) prévoit, dans le cadre de son titre III « Accompagnement de la perte d'autonomie » une réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile, dont l'objectif est de favoriser le soutien à domicile, afin de permettre aux personnes âgées qui le souhaitent et qui le peuvent de rester dans leur cadre de vie habituel.

La réforme proposée, dont les contours sont précisés par le [décret n° 2016-210](#) du 26 février 2016 relatif à la revalorisation et à l'amélioration de l'allocation personnalisée d'autonomie et simplifiant l'attribution des cartes d'invalidité et de stationnement pour leurs bénéficiaires, entré en vigueur au 1^{er} mars 2016, poursuit trois objectifs :

- mieux prendre en compte les besoins et les attentes des bénéficiaires, soit environ 720 000 personnes (I) ;
- soutenir les proches aidants (II) ;
- optimiser la gestion de la prestation (III).

Cette réforme s'accompagne, en application des dispositions de l'article 44 de la loi ASV, de la simplification de l'attribution de la carte d'invalidité et de la carte de stationnement pour les personnes âgées relevant des groupes iso-ressources 1 et 2 (IV).

I - Une meilleure prise en compte des besoins des bénéficiaires dans leur environnement de vie et le respect de leurs aspirations

● Une évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins de la personne âgée et de ses proches aidants

La meilleure adaptation des plans d'aide, ainsi que leur diversification au-delà de la réponse aux besoins d'aide humaine, passe d'abord par la **mise en place d'une évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins de la personne âgée et de ses proches-aidants.**

Conformément aux dispositions de l'article 86 de la loi ASV, la mise en place de **cette évaluation doit être effective dès le 1^{er} mars 2016**, date d'entrée en vigueur de la réforme de l'APA, sans attendre la mise à disposition des référentiels qui feront l'objet d'un arrêté à la fin de l'année, à l'issue des travaux d'élaboration initiés par la CNSA.

→ Objectifs de l'évaluation multidimensionnelle :

Appréhender de manière globale la situation et les besoins de la personne dans son environnement physique et humain, pour :

- élaborer des plans d'aide plus diversifiés, incluant en particulier plus qu'aujourd'hui des aides techniques et de l'adaptation du logement ainsi que de l'accueil temporaire ;
- identifier toutes les aides utiles au bénéficiaire et à son aidant, existantes ou à mettre en place, y compris celles relevant d'autres financeurs (aides techniques, adaptation du logement, participation à des actions de prévention...) ;
- donner des conseils, orienter vers des ressources....

En outre, et dans l'objectif de **réduire le nombre des évaluations pour une même personne et de mutualiser leurs résultats**, à la fois dans l'intérêt des personnes et dans un souci d'optimisation des ressources humaines en évaluation, sont prévues :

- la reconnaissance mutuelle du degré de perte d'autonomie entre départements et caisses de retraite, selon des modalités à préciser par elles de manière conventionnelle ;
- la transmission aux autres financeurs et institutions compétentes, sous réserve de l'accord du bénéficiaire, des éléments recueillis dans le cadre de l'évaluation pour l'attribution d'aides complémentaires ou alternatives.

L'évaluation s'accompagne d'une information plus précise et plus complète de la personne, avec une présentation exhaustive des dispositifs d'aide à domicile dans le territoire concerné pour garantir le libre choix du bénéficiaire.

La revalorisation des plafonds des plans d'aide

Les plafonds des plans d'aide sont aujourd'hui insuffisants pour une partie des bénéficiaires. En effet, selon les données de la DREES, 25% des plans d'aide étaient saturés en 2011. Plus la dépendance est lourde, plus les plans d'aide sont saturés (46% des GIR1, 37% des GIR2, 32% des GIR3, 18% des GIR4).

Afin de pouvoir donner plus d'aide à ceux qui en ont besoin, les plafonds des plans d'aide sont ainsi revalorisés par l'augmentation des coefficients appliqués à la majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) mentionnés à l'article R. 232-10 du CASF :

GIR	Plafonds mensuels avant réforme (en euros)	Nouveaux coefficients applicables à la MTP	Nouveaux plafonds mensuels au 1^{er} mars 2016 (en euros)
1	1 312,67	1,553	1 713,08
2	1 125,14	1,247	1 375,54
3	843,86	0,901	993,88
4	562,57	0,601	662,95

[L'article 93](#) de la loi ASV a prévu un délai spécifique pour le réexamen de la situation et des droits des bénéficiaires de l'APA à la date d'entrée en vigueur de la réforme au regard des nouveaux plafonds et du droit au répit. Les départements ont ainsi jusqu'au 1^{er} janvier 2017 pour réexaminer la situation de ceux dont le plan d'aide atteint 96% du plafond de l'APA afférent à leur GIR avant réforme, pour, le cas échéant, réviser leur plan d'aide et ouvrir le droit au répit. La situation des personnes dont la dépendance est la plus importante doit être réexaminée en priorité. A défaut de respect de ce délai, les personnes concernées bénéficieront automatiquement d'une majoration de leur plan d'aide, fixée par l'article 7 du décret à 50% de l'écart entre le montant du plan d'aide accepté par le bénéficiaire et le nouveau plafond du plan d'aide afférent au GIR du bénéficiaire.

Le décret supprime par ailleurs la majoration automatique (qui était prévue au dernier alinéa de l'article R. 232-10) des coefficients appliqués à la MTP en fonction de l'inflation prévue dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances, dans la mesure où cette référence a été supprimée par la loi ASV et où la MTP sur laquelle les plafonds de l'APA sont indexés évolue elle-même suivant l'inflation.

Enfin, contrairement à la pratique qui prévalait les années précédentes, la loi ASV fixe la date de revalorisation des plafonds en fonction de la MTP au **1^{er} janvier** de chaque année.

L'évolution de la MTP, qui intervient au 1^{er} avril, sera donc prise en compte pour la revalorisation des plafonds des plans d'aide APA au 1^{er} janvier de l'année suivante.

● Le renforcement de l'accessibilité financière de l'aide

Le ticket modérateur dépendait jusqu'alors uniquement des ressources et augmentait mécaniquement avec l'importance du plan d'aide, ce qui conduisait à des taux d'effort d'autant plus élevés que les besoins d'aide étaient importants et pouvait induire un non recours aux aides nécessaires.

Le renforcement de l'accessibilité financière de l'aide vise à réduire les refus partiels de plans d'aide ou leur sous-consommation pour des raisons de reste à charge trop importants, à travers deux mesures :

- l'exonération de la participation financière des bénéficiaires qui perçoivent jusqu'à 800€ de revenus (soit le niveau actuel de l'allocation de solidarité aux personnes âgées - ASPA) ;
- la modulation de la participation financière des bénéficiaires relevant de la tranche de revenus intermédiaire (c'est-à-dire disposant de revenus compris entre 800 et 2 945€) en fonction de leurs ressources mais également suivant le montant de leur plan d'aide, de façon à diminuer le reste à charge de ceux dont le plan d'aide est supérieur à 350€ par mois (soit un peu plus de la moitié du plafond du GIR 4). Ils bénéficieront ainsi, pour la partie de leur plan d'aide comprise entre 350€ et 550€, d'un abattement dégressif de 60% au maximum pour les revenus immédiatement supérieurs à l'ASPA, jusqu'à 0% pour un revenu égal à 2 945€. Cet abattement est porté à 80% pour la partie du plan d'aide supérieure à 550€. Les catégories de revenus comme les bornes retenues pour le découpage du plan d'aide sont exprimées, à l'article R. 232-11 du CASF, en référence à la MTP. Elles sont ainsi évolutives en fonction de l'évolution du coût de la vie.

Décomposition du plan d'aide :	Limites des fractions en coefficients de MTP (article R.232-11 du CASF)	Limites des fractions en € (à compter 1^{er} mars 2016)
Fraction 1 (A1)	$A1 < 0,317$	0 - 349,67€
Fraction 2 (A2)	$0,317 \leq A2 \leq 0,498$	349,68 - 549,33€
Fraction 3 (A3)	$A3 > 0,498$	549,34€ -

A chacune de ces fractions correspond un montant de participation financière calculé suivant les modalités exposées supra. Le taux de participation financière applicable au bénéficiaire résulte de la somme de ces participations rapportée au montant du plan d'aide notifié. Cela permet, dans un souci de simplicité pour les bénéficiaires et les départements, d'éviter les nouveaux calculs et les récupérations lorsque le plan d'aide notifié n'est pas entièrement utilisé, et de garantir le bon fonctionnement du CESU. En effet, comme le précise l'article R. 232-11-II, lorsque l'APA est versée sous forme de CESU préfinancés, la valeur des CESU est déterminée en fonction du taux de participation financière ainsi calculé.

A l'instar de la revalorisation des plans d'aide, la loi ASV fixe au 1^{er} janvier de chaque année la date d'actualisation de la participation financière des bénéficiaires et du barème de calcul de cette participation (prévu à l'article R. 232-11 du CASF) en fonction de la MTP. L'évolution de la MTP, qui intervient au 1^{er} avril, sera donc prise en compte pour l'actualisation du barème de participation financière au 1^{er} janvier de l'année suivante.

II – Soutenir les proches aidants

Environ 530 000 proches aident des bénéficiaires de l'APA à domicile. La loi ASV vise à **reconnaître et à mieux soutenir les aidants** à travers la prise en compte systématique, au moment de l'évaluation de la demande d'APA, de leur situation et de leurs besoins.

Le modèle de dossier de demande d'APA est ainsi complété pour recueillir des premières informations sur le ou les aidants. Le référentiel d'évaluation en cours d'élaboration par la CNSA comportera un volet spécifique sur les aidants.

L'objectif de cet examen est de pouvoir les informer, les conseiller, les orienter, apprécier leurs besoins de répit et d'accompagnement et examiner les relais possibles en cas d'hospitalisation, pour les aider à mieux assurer leur rôle tout en veillant à leur santé et à leur qualité de vie.

Concernant les aidants qui assurent une présence ou une aide indispensables au soutien à domicile d'un bénéficiaire de l'APA et qui ne peuvent être remplacés, deux dispositifs sont prévus par la loi :

- un **module spécifique dédié au répit** de l'aidant, permettant la majoration des plans d'aide au-delà des plafonds, dans une limite fixée par l'article D. 232-9-2 du CASF à 0,453 fois le montant mensuel de la MTP (soit près de 500€ par an au 1^{er} mars 2016). L'aide au répit de l'aidant permet par exemple, suivant l'appréciation du besoin par l'équipe médico-sociale et la proposition faite par celle-ci dans le cadre du plan d'aide, de financer le recours à de l'accueil temporaire en établissement ou en accueil familial ou des heures d'aide à domicile supplémentaires;
- un **dispositif de relais en cas d'hospitalisation de l'aidant**, dans une limite fixée par l'article D. 232-9-2 du CASF à 0,9 fois le montant de la MTP au-delà du plafond du plan d'aide (soit, au 1^{er} mars 2016, 992€) par hospitalisation, quel que soit le nombre d'hospitalisations dans l'année. Cette aide fait l'objet d'un circuit de demande spécifique, distinct du plan d'aide APA, dont les modalités sont fixées par l'article précité. Elle est versée déduction faite de la participation financière du bénéficiaire, calculée sur la base du taux de participation du plan d'aide.

Ces deux enveloppes dédiées à des objets particuliers obéissent aux règles de l'APA, s'agissant en particulier des règles de valorisation (prise en compte du tarif de l'établissement ou du service, ou du tarif de référence), du calcul de la participation du bénéficiaire, des modalités de versement (possibilité d'un versement direct aux établissements notamment), de contrôle d'effectivité.

III – Optimiser la gestion de l'APA

● Simplifier l'attribution de l'APA

La commission de proposition et de conciliation est supprimée par l'article 41-I-11° de la loi ASV dans un objectif de simplification des procédures et de réduction des délais d'attribution de la prestation.

Cette mesure ne remet pas en cause la possibilité pour le bénéficiaire de contester toute décision relative à l'APA, auprès du président du conseil départemental dans le cadre d'un recours gracieux et devant la commission départementale d'aide sociale dans le cadre d'un recours contentieux.

L'article 43 de la loi ASV prévoit par ailleurs, afin de faciliter l'actualisation annuelle de la participation financière des bénéficiaires, la transmission chaque année aux départements par l'administration fiscale des informations nécessaires à l'appréciation des ressources des bénéficiaires. Les modalités de mise en œuvre de cette mesure feront l'objet d'un décret spécifique à la fin du premier semestre 2016.

● Simplifier le versement de l'APA et le contrôle d'effectivité

Autorisé jusqu'alors pour les seuls services d'aide à domicile, le paiement direct de l'APA est élargi par l'article 41-I-10° de la loi ASV ([art. L232-15](#) du CASF) aux personnes ou aux organismes qui assurent l'aménagement du logement, fournissent les aides techniques ou assurent l'accueil temporaire ou le répit à domicile.

L'accord préalable du bénéficiaire pour le paiement direct aux services, établissements ou fournisseurs choisis par le bénéficiaire est par ailleurs supprimé par le même article.

Enfin, la possibilité de verser l'APA sous forme de chèque emploi service universel est élargie à la rémunération d'un accueillant familial, en lien avec la mise en place, à compter du 1^{er} janvier, du « CESU accueil familial », spécifiquement dédié à ce dispositif.

● La possibilité de forfaitiser l'APA et la participation du bénéficiaire en cas de recours à un service d'aide et d'accompagnement à domicile financé par forfait global dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Prévue par l'article 41-I-3° de la loi ASV ([article L232-4](#) du CASF), la possibilité de forfaitiser l'APA et la participation financière du bénéficiaire en cas de recours à un service d'aide et d'accompagnement à domicile financé par forfait global dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens permet d'apporter plus de souplesse dans la gestion des heures d'aide à domicile tant au service d'aide à domicile qu'au bénéficiaire.

Elle est toutefois subordonnée au respect d'un certain nombre de conditions destinées à préserver les intérêts des bénéficiaires de l'APA recourant à ces services, fixées par le nouvel [article D232-11-1](#) du CASF, notamment pour le cas où le bénéficiaire n'utiliserait pas la totalité des heures prévues par son plan d'aide.

Parmi ces conditions figurent notamment le suivi régulier par le service des heures d'aide à domicile réalisées, la révision préalable et a posteriori du plan d'aide si celui-ci n'est pas

entièrement utilisé, le droit du bénéficiaire au report des heures d'aide à domicile non utilisées, à la suspension de son forfait (notamment en cas d'hospitalisation) et au remboursement de la participation afférente aux heures non utilisées, suivant les modalités précisées par le décret et/ou le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

IV – Simplification de l'attribution de la carte d'invalidité et de la carte européenne de stationnement pour les bénéficiaires de l'APA classés en GIR 1 et 2

Le chapitre II du décret précité met en œuvre la mesure de simplification de l'attribution des cartes de stationnement (CES) et d'invalidité (CI) aux bénéficiaires de l'APA relevant des GIR 1 et 2, annoncée lors de la Conférence nationale du handicap de décembre 2014 et prévue à [l'article 44](#) de la loi ASV.

Elle consiste en l'attribution de droit et à titre définitif de l'une ou l'autre de ces cartes aux bénéficiaires de l'APA classés en GIR 1 et 2 qui les sollicitent par le biais du dossier de demande d'APA. En effet, leur degré de perte d'autonomie permet de considérer qu'ils en remplissent les conditions d'attribution.

Le président du conseil départemental transmet ainsi à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) la décision d'APA des personnes classées en GIR 1 et 2 qui ont demandé l'une ou l'autre de ces cartes en vue de leur délivrance.

Cette première simplification des modalités de délivrance des cartes de stationnement et d'invalidité pour les personnes âgées classées en GIR 1 et 2 sera en outre poursuivie en 2017 par la mise en place d'une carte dite « mobilité-inclusion », appelée à se substituer à ces deux cartes.

Textes de référence :

- [Décret n°2016-210 du 26 février 2016](#) relatif à la revalorisation de l'allocation personnalisée d'autonomie et simplifiant l'attribution des cartes d'invalidité et de stationnement pour leurs bénéficiaires :
- [Chapitre du code de l'action sociale et des familles relatif à l'APA :](#)
 - *Partie législative :* [Chapitre II : Allocation personnalisée d'autonomie](#)
 - *Partie réglementaire :* [Conditions générales d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie](#)
- [Dispositions du code de l'action sociale et des familles relatives à la délivrance des cartes :](#)
 - *Partie législative :* [Chapitre Ier : Dispositions générales](#)
 - *Partie réglementaire :*
 - *Code de l'action sociale et des familles | Legifrance :* [Carte d'invalidité et carte de priorité pour personne handicapée - Article R241-12](#)
 - *Code de l'action sociale et des familles | Legifrance :* [Carte de stationnement pour personnes handicapées - Article R241-16](#)

Remerciements

A l'ensemble des participants et contributeurs du Comité de pilotage de refondation de l'aide à domicile, réuni au ministère des Affaires sociales et de la Santé les 9 juin, 23 juin et 30 juin 2016, ainsi qu'aux membres du groupe de travail spécifique sur les enjeux liés aux personnes en situation de handicap... et en particulier la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et :

Associations :

- ADESSADOMICILE
- ADMR
- AD-PA
- APF
- CNSA
- CROIX ROUGE FRANCAISE
- FEDESAP
- FEHAP
- FEPEM
- FESP
- FNAAFP-CSF
- FNADEPA
- FNAQPA
- GIHP National
- MUTUALITE FRANCAISE
- SYNERPA Domicile
- UNA
- UNASSI
- UNCCAS
- UNIOPSS
- AFM-Téléthon
- Trisomie 21
- UNAFAM
- Handéo

Agences régionales de santé :

- Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes
- Hauts-de-France
- Ile-de-France

Départements :

- Assemblée des départements de France (ADF)
- Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des conseils départementaux (ANDASS)
- Doubs
- Meurthe-et-Moselle
- Sarthe