



Inspection générale
des affaires sociales
RM2009-035P

Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées

RAPPORT DEFINITIF

Établi par

Michel RAYMOND

Bernadette ROUSSILLE

Hélène STROHL

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Juillet 2009 -

Synthèse

L'enquête sur le contrôle de la qualité de service des opérateurs de l'aide à domicile est une mission inscrite au programme annuel 2008 de l'IGAS par le comité des pairs ASSAG. Elle a été effectuée entre novembre 2008 et février 2009 par Mesdames Bernadette Roussille et Hélène Strohl et monsieur Michel Raymond, inspecteurs généraux des affaires sociales.

Cette enquête faisait suite au contrôle effectué par messieurs Stéphane Paul et Roland Olivier sur six fédérations départementales et l'Union nationale des associations de l'aide à domicile en milieu rural, (ADMR). Il avait semblé, en effet, important que l'inspection se penche sur les modalités d'intervention et notamment sur la qualité du service réel rendu de l'ensemble des opérateurs œuvrant sur un département. Conçue au départ comme très large, incluant l'ensemble des services à la personne, l'enquête a été volontairement restreinte par les membres de la mission au secteur de l'aide à domicile en direction des personnes âgées de plus de 70 ans et/ou dépendantes, c'est-à-dire ayant vocation à voir l'aide dont ils disposent financée par l'allocation personnalisée d'autonomie payée par le département.

En effet, si l'ensemble des emplois dans les services à la personne ressortissent d'une même législation concernant leur développement (la loi de 2005 notamment), les services délivrés aux personnes âgées et/ou dépendantes ressortissent aussi de la loi du 2 janvier 2002, relative aux établissements et services sociaux et médico-sociaux. De plus, leur financement public cumule des déductions fiscales et sociales et celui relatif à la dépendance.

Enfin, aux termes de la dernière loi de décentralisation, la politique en faveur des personnes âgées a été confiée, pour son organisation et la coordination des opérateurs au département, ce qui n'est pas le cas d'autres politiques touchés par l'extension des services à la personne (garde d'enfants notamment).

1. DEROULEMENT DE LA MISSION

Après avoir rencontré les instances administratives nationales et les têtes de réseau des opérateurs associatifs ou entreprises privées à but lucratif, la mission s'est rendue dans trois départements, l'Ain, les Hauts de Seine, les Pyrénées Orientales.

Dans chacun de ces départements, la mission a réuni en trois groupes successifs, les services de l'Etat et des organismes de retraite, les services du conseil général, les opérateurs et dans deux départements également des représentants des associations d'usagers.

2. LE CONSTAT TIENT EN QUATRE POINTS :

2.1. La problématique de la qualité est particulièrement difficile dans le domaine des services à domicile pour les personnes âgées.

D'une part, parce que le domicile avec ses particularismes et le risque d'intrusion dans l'intimité des personnes complique la normalisation des interventions. D'autre part, parce qu'on a à faire à un public pour part à faible solvabilité et que donc, toute amélioration de la qualité qui se traduit par une hausse du prix des prestations, produit un effet d'éviction des personnes âgées les plus pauvres.

Paradoxe du secteur : plus les personnes ont besoin d'un grand nombre d'heures d'aide à domicile du fait de leur état de grande dépendance, plus elles auraient aussi besoin que ces heures soient encadrées et donc effectuées par des opérateurs prestataires. Mais la quantité d'heures nécessaire oblige souvent dans ces cas de recourir au salariat de gré à gré pour des raisons de coût.

2.2. *La qualité est pourtant affirmée à tous les stades*

L'aide à domicile pour les personnes âgées ressortit de deux législations : soit il s'agit d'opérateurs privés ou publics, prestataires et autorisés aux termes de la loi du 2 janvier 2002, par le Conseil général, soit ils ont opté pour l'agrément qualité, délivré dans le cadre de la législation relative aux services à la personne par le DDTEFP. Dans les deux cas, les exigences de qualité, relatives notamment aux droits des bénéficiaires, sont les mêmes.

Ces exigences légales sont de plus réaffirmées par des textes et des procédures, dont celles relatives à l'évaluation. Enfin, les organismes eux-mêmes ont mis en place des dispositifs de certification ou plus simplement d'octroi de labels ou de référencements qui reprennent toujours les mêmes normes.

2.3. *Une intervention sur la qualité peu opératoire*

Il a semblé à la mission que ces démarches s'empilaient sans réelle valeur ajoutée. L'approche est souvent essentiellement procédurale, les contrôles et audits sont faits sur pièce et jamais sur place auprès du bénéficiaire. Le coût de ces procédures est élevé, dans un domaine dont on sait qu'il est très sensible à tout surcoût.

Les fondements d'une démarche qualité cohérente pour tous les opérateurs ne sont pas acquis, notamment parce que le cadre législatif est incohérent et que le cadre conventionnel n'est pas abouti : pour l'instant, seuls les opérateurs à but non lucratif sont en passe de disposer d'une convention collective unique ; les opérateurs privés à but lucratif n'en sont qu'en début de négociation. Dans un certain nombre de cas, seule la convention collective des salariés de particuliers employeurs paraît adaptée (travail de nuit notamment), si bien que les opérateurs travaillent pour les mêmes bénéficiaires et avec les mêmes salariés en mode prestataire et en mode mandataire.

Or ni le niveau de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA), ni même la logique de la grille d'évaluation de la dépendance AGGIR ne permettent d'évaluer la capacité des personnes à coordonner leurs aidants ou à leur substituer un service assurant cette coordination. La cohérence des plans d'aide se heurte à la limite de leur financement.

2.4. *Un contrôle défaillant*

Si les textes législatifs et réglementaires, sans compter les circulaires nombreuses et copieuses, ne manquent pas, leur application n'est pas bien contrôlée.

Pourtant, la décentralisation qui a confié au département l'animation et la coordination de la politique en faveur des personnes âgées et la liquidation et le financement partiel de l'APA n'a pas privé l'Etat de ses prérogatives en matière de contrôle. Les DDASS, en particulier, restent compétentes pour le contrôle de toute appréciation de la sécurité, de la santé et du bien être physique et moral des personnes âgées. La DDTEFP est compétente pour contrôler que les opérateurs obéissent bien aux exigences fixées par l'agrément qualité. La direction départementale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes intervient pour protéger le consommateur, en particulier contre tout démarchage abusif, toute tromperie dans le contrat et l'information, et pour garantir le respect des règles relatives à la concurrence.

Ces contrôles ne sont pas tous effectués et, surtout, ils ne le sont pas de manière coordonnée et conjointe, même si des tentatives en ce sens se font jour dans certains départements.

Quant au conseil général, il n'a que peu de pouvoir direct sur les opérateurs, auxquels il peindra à retirer une autorisation accordée pour 15 ans et ne pourra pas retirer un agrément qualité. En revanche, ses services et notamment les équipes APA sont les mieux placés pour suivre la qualité et l'effectivité de l'exécution du plan d'aide.

La mise en place de systèmes tels le CESU social et la télégestion permettent de contrôler l'effectivité de l'intervention, mais doivent être complétés par un suivi de la qualité.

3. DES PROPOSITIONS VISANT A SIMPLIFIER LE PAYSAGE JURIDIQUE, A RENFORCER LE CONTROLE ET A CONFIER AU CONSEIL GENERAL LA RESPONSABILITE DE LA QUALITE DE L'INTERVENTION AUPRES DES BENEFICIAIRES.

L'ensemble de propositions faites par la mission obéit à une logique simple : limiter les normes et les exigences nationales, mais en contrôler l'application pour réduire les risques de non qualité, et promouvoir la qualité au niveau de la proximité. A cette fin, l'objectif est de responsabiliser les départements en les incitant, d'une part à améliorer la qualité des services fournis par l'organisation et l'articulation des équipes APA et CLIC et par une politique de conventionnement avec les opérateurs et d'autre part à fournir aux usagers un système de recours et de traitement des plaintes réactif et efficace.

Les grandes recommandations sont donc les suivantes :

- Réduire à un seul les deux régimes législatifs sous lesquels interviennent les opérateurs et de préférence privilégier le régime de l'agrément qualité, dont le champ est plus vaste.
- Mettre un terme à la prolifération des évaluations et certifications variées et favoriser un contrôle par les services de l'Etat de l'application de la loi et un contrôle de l'effectivité par le Conseil général en se servant des technologies modernes.
- Aménager les conditions de calcul de l'APA pour améliorer la qualité des prestations fournies, en cohérence avec les revenus des bénéficiaires.
- Promouvoir la qualité en améliorant pour les intervenants leur encadrement, l'acquisition de compétences, le soutien. Pour cela, inciter les Conseils généraux à développer une politique de conventionnement entre les départements et les opérateurs qui affiche des objectifs simples et adaptés aux conditions locales.

Un tel renforcement de la « responsabilité qualité » du département, peut favoriser une dynamique locale de qualité au niveau des bassins de vie : à travers l'organisation et la coordination des équipes APA et CLIC en réseau avec les opérateurs ; le développement de l'accueil de jour, le partenariat entre établissements et services, ainsi que par la création de comités consultatifs d'usagers, pour mieux recenser et traiter les remarques, critiques ou plaintes sur la qualité de service.

Sommaire

SYNTHESE	3
1. DEROULEMENT DE LA MISSION	3
2. LE CONSTAT TIENT EN QUATRE POINTS :	3
3. DES PROPOSITIONS VISANT A SIMPLIFIER LE PAYSAGE JURIDIQUE, A RENFORCER LE CONTROLE ET A CONFIER AU CONSEIL GENERAL LA RESPONSABILITE DE LA QUALITE DE L'INTERVENTION AUPRES DES BENEFICIAIRES.....	5
ENQUETE SUR LE CONTROLE DE LA QUALITE DE SERVICE DES OPERATEURS DE L'AIDE A DOMICILE	9
1. UNE DEMARCHE QUALITE DIFFICILE A DEVELOPPER.....	10
1.1. <i>Les situations de vie des personnes âgées dépendantes, un défi à la qualité de l'aide</i>	10
1.2. <i>Une solvabilité faible au regard du coût de l'aide à domicile</i>	11
2. UNE ABONDANCE DE TEXTES SUR LA QUALITE.	12
2.1. <i>La qualité, exigence essentielle pour l'autorisation et l'agrément qualité</i>	13
2.1.1. Dès l'ouverture	13
2.1.2. Pour le renouvellement.....	14
2.1.3. Absence de qualité et retrait de l'autorisation ou de l'agrément	14
2.2. <i>Une démarche encouragée financièrement par les pouvoirs publics</i>	15
2.3. <i>La prolifération des certifications et de l'octroi de labels</i>	16
2.3.1. L'octroi de labels.....	16
2.3.2. La certification.....	17
3. UNE APPROCHE CONCRETE PEU CONVAINCANTE	18
3.1. <i>Une approche trop exclusivement procédurale</i>	18
3.2. <i>Des procédures et des dispositifs d'évaluation redondants et coûteux</i>	18
3.3. <i>Un cadre administratif et conventionnel peu cohérent, obstacle à la qualité</i>	20
3.3.1. Un fouillis législatif.....	20
3.3.2. Un cadre conventionnel inabouti.....	22
3.4. <i>Une législation fiscale indifférente à la qualité</i>	24
3.5. <i>APA : des obstacles réels à une amélioration de la qualité</i>	24
3.5.1. Les limites de la grille AGGIR.....	24
3.5.2. L'APA, une prestation en nature pas toujours bien utilisée	25
4. UNE DEFICIENCE DU CONTROLE	27
4.1. <i>Des pouvoirs de contrôle importants pour les services de l'Etat</i>	28
4.1.1. Les divers contrôles applicables aux opérateurs de services à la personne	28
4.1.2. L'autorité qui délivre l'agrément a compétence pour recevoir les bilans et retirer l'agrément.....	28
4.1.3. La compétence des DDASS en matière de protection de la sécurité, de la santé et du bien être physique et moral des personnes.....	29
4.1.4. Les autorités chargées de la protection des consommateurs	30
4.1.5. Compétence de l'inspection du travail : les entreprises prestataires	30

4.2. <i>Un contrôle au nom de l'Etat discordant</i>	31
4.2.1. Une absence de directive interministérielle.....	31
4.2.2. Des tentatives de rapprochement des services au niveau départemental.....	31
4.2.3. Un contrôle conjoint au nom de la loi, indispensable.....	31
4.3. <i>Un contrôle entravé par le lieu d'exercice des intervenants</i>	32
4.3.1. Le domicile des personnes n'est pas accessible aux autorités de contrôle	32
4.3.2. La responsabilité finale des opérateurs.....	32
4.3.3. Un mode mandataire rénové ?.....	32
4.4. <i>Conseil général, des pouvoirs réels de suivi de la qualité des opérateurs</i>	33
4.4.1. Des textes trop peu explicites pour mettre fin aux interventions de mauvaise qualité	33
4.4.2. Une implication des services du Conseil général dans l'établissement et le suivi des plans d'aide.....	33
5. COMMENT AMELIORER LA QUALITE DES INTERVENTIONS DES SERVICES A DOMICILE POUR PERSONNES AGEES ?	34
5.1. <i>Clarifier et simplifier la réglementation</i>	35
5.1.1. Un seul régime pour l'exercice de l'aide à domicile	35
5.1.2. Un tarif de responsabilité et une liberté contractuelle	36
5.1.3. Protéger les personnes âgées des risques de captation de leurs biens	38
5.1.4. Aménager les conditions de calcul de l'APA pour en améliorer la qualité	38
5.2. <i>Renforcer les contrôles à tous les niveaux</i>	41
5.2.1. Eviter la prolifération des évaluations et certifications diverses et variées	41
5.2.2. Faire exercer pleinement leurs compétences de contrôle et de recours par les services de l'Etat.....	42
5.2.3. Articuler le contrôle des services de l'Etat en appui aux services du Conseil général	43
5.2.4. Mettre en place un contrôle de l'effectivité de l'allocation personnalisée d'autonomie, du côté des usagers et des opérateurs.....	43
5.3. <i>Promouvoir l'amélioration de la qualité par des mesures concrètes et adaptées aux territoires</i>	44
5.3.1. Responsabiliser pleinement les conseils généraux sur l'enjeu « qualité de service »	45
5.3.2. Favoriser une dynamique locale de qualité au niveau des bassins de vie.....	48
5.3.3. Créer un comité d'usagers des services à domicile	50
CONCLUSION	51
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	53
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	57
BIBLIOGRAPHIE.....	61
OBSERVATIONS DE LA CNSA	63
OBSERVATIONS DE LA DGAS.....	69
REPONSES DE LA MISSION AUX OBSERVATIONS DE LA CNSA FORMULEES DANS LE CADRE DE LA PROCEDURE CONTRADICTOIRE	77
REPONSES DE LA MISSION AUX OBSERVATIONS DE LA DGAS FORMULEES DANS LE CADRE DE LA PROCEDURE CONTRADICTOIRE	79

Enquête sur le contrôle de la qualité de service des opérateurs de l'aide à domicile

Introduction

- [1] L'enquête sur le contrôle de la qualité de service des opérateurs de l'aide à domicile est une mission inscrite au programme annuel 2008 de l'IGAS par le comité des pairs ASSAG. Elle a été effectuée entre novembre 2008 et février 2009 par Mesdames Bernadette Roussille et Hélène Strohl et monsieur Michel Raymond, inspecteurs généraux des affaires sociales.
- [2] Cette enquête faisait suite au contrôle effectué par messieurs Stéphane Paul et Roland Olivier sur six fédérations départementales et l'Union nationale des associations de l'aide à domicile en milieu rural (ADMR). Il avait semblé, en effet, important à nos collègues que l'inspection se penche sur les modalités d'intervention et notamment sur la qualité de l'ensemble des opérateurs œuvrant sur un département. Conçue au départ comme très large, incluant l'ensemble des services à la personne, l'enquête a été volontairement restreinte par les membres de la mission au secteur de l'aide à domicile en direction des personnes âgées de plus de 70 ans et/ou dépendantes, c'est-à-dire ayant vocation à voir l'aide dont ils disposent financée par l'allocation personnalisée d'autonomie payée par le département.
- [3] En effet, si l'ensemble des emplois dans les services à la personne ressortissent d'une même législation concernant leur développement (la loi de 2005 notamment), les services délivrés aux personnes âgées et/ou dépendantes (que l'on nommera personnes âgées dans la suite du rapport) ressortissent aussi de la loi du 2 janvier 2002, relative aux établissements et services sociaux et médico-sociaux. De plus leur financement public cumule ces déductions fiscales et sociales et celles relatives à la dépendance. Enfin, aux termes de la dernière loi de décentralisation, la politique en faveur des personnes âgées a été confiée, pour son organisation et la coordination des opérateurs, au département, ce qui n'est pas le cas d'autres politiques touchés par l'extension des services à la personne (garde d'enfants notamment). Les personnes âgées concernées représentaient au moins un million de personnes en 2007¹
- [4] Il sera donc traité, dans ce rapport, de la qualité dans l'activité d'assistance à domicile des personnes âgées "qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile"², hors actes de soins relevant d'actes médicaux : aide au titre des actes essentiels de la vie courante, aide ménagère, accompagnement dans les activités de la vie sociale et relationnelle. Les soins infirmiers à domicile ne sont abordés que dans leur relation aux autres activités des services à la personne. Les métiers concernés sont ceux d'aide ménagère ou aide à domicile, auxiliaire de vie sociale essentiellement³
- [5] Après avoir rencontré les instances administratives nationales et les têtes de réseau des opérateurs associatifs ou entreprises privées à but lucratif, la mission s'est rendue dans trois départements, l'Ain, les Hauts de Seine, les Pyrénées-Orientales.

¹ Selon les données les plus récentes (études et résultats, DRESS n°682-mars 2008) il y avait en 2007 644 000 bénéficiaires d'une aide sociale aux personnes âgées (APA-PSD – ACTP et PCH, aide ménagère du département) et 305 000 bénéficiaires de l'aide ménagère remboursée aux personnes âgées par la CNAV et le MSA.

² Selon la formulation administrative cf. circulaire DGAS/DGEFP/ANSP du 15 mai 2007

³ Il est difficile de donner le nombre d'intervenants à domicile (tous bénéficiaires et tous types de service). L'ANSP donne des chiffres pour 2005 : 1,169 million de salariés chez les particuliers, employeurs à domicile représentant en 2007, 400 000 ETP 262 000 salariés chez des organismes prestataires représentent 150 000 ETP.

- [6] Dans chacun de ces départements, la mission a réuni en trois groupes successifs, les services de l'Etat et des organismes de retraite, les services du Conseil général, les opérateurs et dans deux départements également des représentants des associations d'usagers.
- [7] La mission s'est également largement inspirée des nombreux rapports publiés ces dernières années sur le secteur des personnes âgées d'une part (notamment par la Cour des comptes et le Conseil économique et social) et sur le secteur des services à la personne d'autre part (en particulier le rapport de Michèle Debonneuil, inspectrice générale des finances).
- [8] C'est, d'ailleurs, à cause de cette abondance de rapports qui fait écho à celle des textes juridiques de toute nature qui tentent d'encadrer des activités innovantes et difficiles à normer, que la mission n'a pas estimé devoir effectuer une synthèse complète sur les conditions de l'aide à domicile, en particulier sur la question des métiers et de la formation des intervenants, largement traitée par ailleurs.
- [9] Le présent rapport adopte une posture plus modeste et volontairement empirique : se demander ce qui s'oppose à l'amélioration de la qualité de l'intervention à domicile, quelle est l'efficacité relative des diverses démarches normatives au regard de la qualité mais aussi de l'équilibre économique et sociologique du secteur.
- [10] Il débouche sur des propositions simples, qui ne rajoutent pas d'impératif juridique ni n'imaginent de nouveaux dispositifs, mais rappellent quelques fondements :
- les normes et les recommandations ne valent que si l'on contrôle leur application et si l'on sanctionne les manquements ;
 - trop de textes tuent la loi ;
 - la décentralisation signifie que chaque collectivité compétente est libre des modes de mise en œuvre des seuls impératifs législatifs, ce qui induit une diversité d'organisation dans les différents départements.

1. UNE DEMARCHE QUALITE DIFFICILE A DEVELOPPER

1.1. Les situations de vie des personnes âgées dépendantes, un défi à la qualité de l'aide

- [11] On emploiera, dans ce passage, le terme de « qualités » au sens au sens étymologique de "caractéristiques". Un service de qualité est d'abord un service adapté aux caractéristiques, aux spécificités et aux besoins des personnes concernées. Il requiert de la part de l'aidant (auxiliaire de vie, aide ménagère, accompagnant, soignant...) d'abord des qualités humaines (de type "savoir être") puis des qualités professionnelles pour lesquels un savoir faire est requis (aide aux actes essentiels de l'existence, propreté...) mais aussi une dimension organisationnelle importante (ponctualité et régularité de l'intervention, présence d'un minimum de personnes différentes au cours d'une semaine, coordination entre les intervenants, organisation des congés et des absences, existence au sein de la structure prestataire d'une personne référente...). C'est sur ce dernier aspect que l'accent sera mis dans ce rapport.
- [12] La dépendance place la personne qui a perdu une partie ou la totalité de son autonomie dans une relation de subordination structurelle, notamment vis-à-vis de la personne qu'elle emploie pour l'aider. En outre, le contrôle de la qualité du service par l'utilisateur, par le consommateur est d'autant plus difficile que celui-ci est conscient des difficultés de recrutement des intervenants au domicile et qu'il est réticent à changer d'interlocuteur.

- [13] Par ailleurs, il faut souligner que le maintien à domicile témoigne d'abord d'une volonté de liberté et de libre choix des personnes, avec une grande diversité de situations, ce qui est peu compatible avec toute tentative de normer ou même de cadrer un concept de "qualité" dans l'intervention. Une certaine forme de normativité est davantage concevable dans le service rendu en établissement car celui-ci est structurellement inscrit dans un format plus contraignant.
- [14] La qualité de vie des personnes âgées à domicile est, avant tout, tributaire de leur environnement familial et social et résulte le plus souvent d'une interaction entre leur environnement et les intervenants qui est délicate à maîtriser ; la prédominance des aspects humains, avec les particularités que comporte la sénilité ou des maladies de type neurologique, introduit l'aléa du facteur psychologique avec ce qu'il a d'indéfinissable et d'imprévisible. La qualité des intervenants tient à des compétences humaines (sociabilité, amabilité, générosité, douceur, patience, honnêteté, « bonne distance ») difficiles voire impossibles à faire acquérir par des formations classiques et diplômantes. La difficulté de définir ces qualités dans des profils de poste ou des référentiels de formation invite à la modestie. Aussi est-il peut-être plus pertinent d'adopter, plutôt qu'une vision normative, une optique minimaliste de réduction des risques de non qualité : insécurité (quant à la régularité de la prestation, quant à l'identité des intervenants quant à leur équilibre psychologique...), maltraitance, négligence ou brutalité, malhonnêteté, etc.
- [15] Par ailleurs, la spécificité et le poids du facteur temps ont été fortement soulignés par les associations d'usagers :
- la lenteur et le respect du rythme parfois ralenti des personnes âgées font partie de la qualité du service mais sont parfois incompatibles avec les plans d'aide ;
 - la situation des personnes âgées est en perpétuel changement (évolution de leur santé, hospitalisations, modification dans leur environnement), ce qui change la nature de leurs besoins. A cet égard, il existe une contradiction intrinsèque entre l'augmentation de la dépendance et la qualité du service : le service prestataire, avec des intervenants encadrés, soutenus, formés, donne a priori de meilleures garanties de qualité et de performance, mais il est aussi le plus cher. Ainsi, lorsque les personnes deviennent plus dépendantes, ont-elles besoin de plus d'heures et doivent-elles souvent pour des raisons financières se "rabattre" sur le gré à gré, alors qu'elles ne sont plus en capacité de diriger, ce qui a priori va à l'encontre de la qualité. De plus, l'augmentation de la dépendance induit un nombre accru, quelquefois excessivement, des personnels intervenant au domicile dans la semaine.

1.2. Une solvabilité faible au regard du coût de l'aide à domicile

- [16] Le montant des pensions de retraite était de 1212 € en moyenne en 2004 (dont 980€ pour les femmes)⁴.
- [17] Plus de 15 millions de personnes âgées sont bénéficiaires de pensions. Autour de 5 millions d'entre elles touchaient, en 2006, des pensions proches du minimum vieillesse (610 €/mois)⁵.
- [18] Les aides complémentaires (en général sous condition de ressources) ne touchent qu'une minorité de la population des personnes âgées :
- l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)⁶ : son montant moyen est de 411€. 644 000 personnes en bénéficiaient à domicile au 31/12/2007 ;
 - l'allocation compensatrice pour tierce personne disparaît, les nouveaux allocataires touchant l'APA, il y avait en 2006, 17 000 bénéficiaires de l'ACTP ;
 - la prestation de compensation du handicap ne touche que 5.000 bénéficiaires personnes âgées ;

⁴ Source DREES Etudes et résultats n°672 Novembre 2008

⁵ Source DREES Etudes et résultats n° 662 Octobre 2008. Chiffres de 2006

⁶ Source Etudes et résultats DREES N° 637 mai 2008

- l'aide ménagère est une prestation d'aide ou d'action sociale extra-légale :
 - o accordée par les départements, elle touchait 25 000 bénéficiaires
 - o la CNAV, la MSA et les autres régimes de retraite accordaient une aide ménagère à 305 000 personnes évaluées en groupe iso-ressources 5 et 6.

[19] Au regard de ces chiffres, on peut estimer le coût mensuel d'un plan d'aide de 3 heures d'auxiliaire de vie par jour en mode prestataire (18 € /heure au tarif CNAV de 2009) à plus de 1.600 €, soit la totalité des ressources d'une personne âgée dont les ressources se situent dans la moyenne nationale et qui bénéficie de l'APA.

[20] Ces chiffres montrent d'emblée la difficulté de l'amélioration de la qualité des services aux personnes au regard de la solvabilité des clients.

[21] Certes, il est impossible d'établir une corrélation précise entre la qualité, notamment humaine, du service et le niveau de rémunération de l'intervenant mais au moins est-il essentiel que celui-ci se sente reconnu dans son travail par un salaire suffisant et que ses conditions de travail soient décentes (temps d'intervention suffisant, horaires, prise en charge des temps de transport entre deux domiciles etc).

[22] Outre le coût horaire de l'intervention, l'utilisateur doit régler, quand il a recours à un service mandataire et a fortiori prestataire les frais de la structure (personnels administratifs et référents/coordinatrices, locaux, fiscalité...).

2. UNE ABONDANCE DE TEXTES SUR LA QUALITE.

[23] La qualité est le leitmotiv des services d'aide à la personne. L'agence nationale des services à la personne vient de publier une brochure intitulée " *Des services à domicile de qualité pour mieux vivre chez vous* ". Comme si la qualité n'allait pas de soi et qu'il faille constamment la mettre en avant.

[24] De fait, la notion de qualité est très présente au niveau des procédures, qu'il s'agisse de procédures de droit public ou de procédures volontaires de droit privé.

[25] La qualité est présente à l'amont et conditionne l'agrément ou l'autorisation par les pouvoirs publics, nécessaires, pour les organismes de services à la personne - qu'ils soient prestataires, de mise à disposition ou mandataires, s'ils veulent obtenir les avantages fiscaux prévus pour les services d'aide à la personne et leurs bénéficiaires.

[26] Elle est présente aussi, en cours de fonctionnement, les pouvoirs publics ayant promu des processus d'accompagnement vers la qualité et des recommandations de bonne pratique. Elle est présente enfin ex post et périodiquement, à travers les obligations d'évaluation qui sont désormais systématiquement prescrites par des textes législatifs ou réglementaires.

[27] Par ailleurs, la qualité fait, de la part des opérateurs, l'objet de démarches volontaires, toujours soigneusement valorisées sous forme de labellisation ou de certification. La proclamation de la qualité est dans ce monde la chose la plus répandue : elle prolifère.

2.1. *La qualité, exigence essentielle pour l'autorisation et l'agrément qualité*

2.1.1. **Dès l'ouverture**

- [28] La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a inclus les services d'aide à domicile dans le champ des organismes pour lesquels une autorisation est obligatoire, et les place d'une certaine façon sous le régime des établissements, avec la même problématique des droits des usagers et de la qualité. A peine les effets de la loi 2002 étaient-ils pris en compte par la réglementation et par le secteur, qu'intervint la loi de 2005 relative au développement des services à la personne.
- [29] L'aide à domicile est ainsi régie par deux dispositifs dont la logique est très différente et à la limite contradictoire : l'un vise à développer l'emploi dans les services à la personne et l'autre à favoriser le maintien à domicile par un service de type social et médico-social.
- [30] Le premier répond à un objectif de type quantitatif (développement de l'emploi et des services offerts au titre de 21 activités) est régi par la logique concurrentielle. Ces services prestataires ou mandataires sont agréés par l'Etat ⁷(préfet, DDTEFP, direction départementale du travail et de la formation professionnelle) sur des critères dits "de qualité" - voir plus loin -. Ils proposent par contrat un prix aux bénéficiaires. Mais le taux d'évolution de ce prix est soumis à un arrêté du ministre chargé des finances.
- [31] Le second dispositif est l'autorisation des opérateurs prestataires⁸ :
- ils sont autorisés par le Conseil général si le projet est compatible⁹ " avec les objectifs et répond aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont il relève".
- [32] L'autorisation peut être refusée pour des motifs de qualité mais aussi pour des motifs de régulation de l'offre. Autre particularité des services autorisés : la tarification, le Conseil général détermine annuellement, par négociation budgétaire avec le prestataire autorisé, assise sur des prévisions de recettes (interventions) et de dépenses (intervenants), un tarif horaire.
- [33] Les services prestataires (et uniquement ceux-ci) peuvent, depuis l'ordonnance du 1^{er} décembre 2005 relative aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, *choisir* entre l'autorisation préalable prévue par la loi du 2 janvier 2002 et l'agrément qualité de la loi de 2005. L'autorisation vaut agrément qualité pour le département où elle a été demandée. Théoriquement¹⁰, seule une demande de numéro d'agrément est nécessaire pour les services autorisés.
- [34] L'article L. 7232-5 (anciennement 129-17) du Code du travail pose l'exigence d'équivalence de qualité¹¹ entre les critères de l'autorisation par le Conseil général et ceux de l'agrément par le préfet. Les exigences de qualité, équivalentes donc pour les deux dispositifs sont énoncées dans *l'arrêté du 24 novembre 2005 fixant le cahier des charges relatif à l'agrément qualité*. Elles sont détaillées dans l'annexe qualité du présent rapport et se présentent comme des préconisations plus au moins concrètes, centrées sur la qualification des intervenants, du personnel d'encadrement et du gestionnaire et sur le respect de l'usager. Ainsi est-il, par exemple demandé :

⁷ En fin décembre 2007, 5934 agréments qualité (y compris pour les gardes d'enfants) avaient été délivrés.

⁸ il s'agit des opérateurs pour la part prestataire de leur activité, s'ils exercent sous les deux régimes, prestataire et mandataire

⁹ Article L. 313-4 du code de l'action sociale et des familles.

¹⁰ Cette disposition n'a pas été appliquée dans un département visité par la mission où les bénéficiaires de l'autorisation redéposent un dossier pour l'agrément

¹¹ Il faut dire que les droits des usagers définis par la loi de 2002 sont axés sur les usagers en établissements et ne sont pas parfaitement adaptés aux usagers des services

- un livret d'accueil, un accueil physique et un accueil téléphonique, la capacité de répondre aux situations d'urgence ;
- une proposition d'intervention individualisée, la coordination avec d'éventuelles autres interventions (cahier de liaison) ;
- un devis gratuit, une facturation claire et détaillée ;
- la continuité des interventions, un remplacement systématique en cas d'absence de l'intervenant ;
- le respect des horaires d'intervention et le contenu de la prestation définis préalablement ;
- l'existence d'un référent/coordonnateur ;
- l'interdiction aux intervenants de recevoir des bénéficiaires auprès desquels ils interviennent toute délégation de pouvoir sur les avoirs, biens ou droits, toute donation, tout dépôt de fonds, de bijoux ou valeurs....

[35] Ces exigences sont d'un niveau élevé pour ce qui est des relations avec l'utilisateur, de l'organisation du service et du rôle de l'encadrement. Elles reposent, en effet, sur une prise en considération sérieuse des critères et des leviers de la qualité dans ce type de service : évaluation des besoins du bénéficiaire, adaptation de l'intervenant, contrôle par le gestionnaire du service, traitement des réclamations, contrôles internes réguliers, enquête auprès des bénéficiaires sur leur perception de la qualité des interventions. Ces normes prévoient un bilan annuel quantitatif et qualitatif transmis au préfet et annoncent un médiateur en cas de conflit non résolu entre l'utilisateur et la structure.

2.1.2. Pour le renouvellement

[36] Les renouvellements ont lieu tous les 5 ans pour les services agréés, tous les 15 ans pour les services autorisés.

[37] Ils sont subordonnés à une évaluation interne et externe pour les autorisés et pour les agréés à une évaluation externe « au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles élaborées ou validées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Cette évaluation est assurée par un organisme extérieur. Les organismes habilités à y procéder doivent respecter un cahier des charges fixé par décret. »¹² L'agrément est renouvelé automatiquement si l'organisme est certifié (voir plus loin).

[38] On peut donc penser que la qualité sera au cœur du processus de renouvellement.

[39] Dans la pratique, les premiers agréments qualité délivrés suivant le cahier des charges de l'arrêté du 24 novembre 2005 viendront à échéance en 2011 et les renouvellements des organismes autorisés se feront à partir de 2017. Il n'existe donc pas d'expérience en matière de renouvellement¹³.

2.1.3. Absence de qualité et retrait de l'autorisation ou de l'agrément

[40] Une procédure de retrait d'agrément peut être engagée par l'Etat à l'encontre d'un organisme qui ne remplit pas ou plus les obligations liées aux activités de services à la personne dont celles fixées par le cahier des charges qualité et par la transmission de son bilan annuel¹⁴. Ou encore, s'il ne respecte pas la réglementation en matière d'hygiène, de sécurité et de santé au travail.

¹² Décret no 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

¹³ Le « taux de mortalité » des organismes agréés est élevé.

¹⁴ Il est vrai que le taux de mortalité des organismes agréés est spontanément très élevé pour des raisons de viabilité économique.

[41] En revanche, le Conseil général a peu de pouvoir pour mettre fin à l'activité d'un opérateur durant la durée de l'autorisation (15 ans) sauf si celui-ci souffre de dysfonctionnements graves. Certes, l'autorité qui a prononcé l'autorisation a compétence pour prononcer la fermeture (L.313-16 du CASF), mais si le préfet conserve une compétence en matière de fermeture au titre de l'ordre public visant la protection des personnes, l'article précité ne mentionne plus que deux fondements pour fermer un établissement :

1. *Lorsque les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement prévues au II de l'article L.312-1 ne sont pas respectées.*¹⁵
2. *Lorsque sont constatées dans l'établissement ou le service et du fait de celui-ci des infractions aux lois et règlements susceptibles d'entraîner la mise en cause de la responsabilité civile de l'établissement ou du service ou de la responsabilité pénale de ses dirigeants ou de la personne morale gestionnaire.*

[42] Le retrait de l'autorisation reste de la compétence du préfet en cas d'atteinte à la sécurité des personnes.

2.2. Une démarche encouragée financièrement par les pouvoirs publics

[43] A côté de ces prescriptions juridiques, les pouvoirs publics encouragent et financent une démarche qualité :

- la branche retraite de la CNAVTS avait engagé en 1999 une démarche qualité pour l'aide ménagère aux personnes âgées (Circulaire CNAVTS n° 35/99 du 4 juin 1999). Six domaines et critères principaux étaient pris en compte : l'évaluation au domicile des demandeurs, l'encadrement de proximité, la continuité du service, le traitement administratif des demandes, la gestion du service et le suivi de la prestation.
- la démarche était progressive. Elle se traduisait par des avenants aux conventions passées par les caisses avec les prestataires et était encouragée par des compléments de dotation aux services répondant à certains critères de qualité. La CNAVTS avait consacré 4,5 M€ à ce complément en 2003.
- à la CNSA, le Fonds de modernisation de l'aide à domicile (FMAD) ou section IV, créé par la loi du 20 juillet 2001 finance des programmes de promotion de la qualité (65,4 M€ en 2008 pour les personnes âgées) :
 - des actions de qualification des personnels du secteur ;
 - des conventions départementales de modernisation de l'aide à domicile impliquant notamment les conseils généraux et les employeurs (cf. la convention cadre de modernisation de l'aide à domicile dans le département de la Loire mise en place en fin 2008 pour réaliser des évaluations et gérer le suivi administratif de la mise en œuvre d'un référentiel de qualité dit Label Loire. Coût de l'action sur 2009/2012 : 385 000 €)
 - des actions locales d'amélioration de la qualité des services, de création de nouveaux services, de rationalisation de l'offre et d'appui aux opérations de recrutement de nouveaux salariés.

Les crédits de ce fonds de modernisation étaient, jusqu'à une date récente, répartis entre les DDASS par la DGAS et les directions déconcentrées les attribuaient sur la base d'un appel à projets auprès de divers opérateurs. La CNSA qui gère ce fonds depuis 2008 tente maintenant d'appréhender les processus de modernisation de manière plus globale en signant des conventions avec les Conseil généraux qui engagent tout le département.

Elle a signé avec l'UNA un protocole de coopération concernant notamment la démarche qualité et la certification du réseau et le programme GPEC (gestion prévisionnelle des emplois et compétences). Le montant total des financements s'élève à 44,5 M€ dont 55% par la CNSA.

¹⁵ Cet article renvoie à une définition réglementaire des normes, qui n'a pas été faite pour les SAD, cf. annexe Les services à la personne, un fouillis juridique

- d'autres dispositifs sont susceptibles de contribuer à l'amélioration de la qualité des services d'aide à domicile. Ainsi, l'Agence nationale des services à la personne (ANSP) a-t-elle lancé en 2008 le programme THETIS pour permettre aux structures agréées volontaires (et aussi aux petites associations volontaires, par d'autres moyens – les dispositifs locaux d'accompagnement - DLA) de bénéficier d'un accompagnement pour les aider à se préparer à une certification (voir plus loin) visant à l'amélioration de la qualité de leurs prestations.

Ce dispositif met à disposition des organismes agréés volontaires (autour de 700), 15 jours d'appui consultant (environ 1000 €/jour) pour atteindre la certification du service. Le coût de l'opération s'élève à 7,5M € sur 2007/2008/2009.

Une liste de consultants (une soixantaine) a été établie par l'ANSP/ANACT en novembre 2007.

2.3. La prolifération des certifications et de l'octroi de labels

2.3.1. L'octroi de labels

[44] En principe, l'octroi de labels est une procédure effectuée par la profession elle-même, qui régule la qualité du secteur par des démarches internes, moins lourdes que celles de la certification. Dans le secteur des services à la personne en direction des personnes âgées, on assiste à deux types de procédures d'octroi de label sous l'égide de Conseil généraux ou sous la responsabilité de fédérations.

[45] D'une part, certains Conseils généraux nomment ainsi une démarche de conventionnement, dans laquelle ils font état d'exigences de qualité et d'organisation du service aux personnes âgées sur leur territoire en échange de meilleurs tarifs de paiement de l'APA par exemple. Il a été question plus haut du Label Loire. Dans l'annexe consacrée au département des Pyrénées-Orientales, on détaille la procédure d'octroi de ce label. Il s'agit en fait véritablement d'un processus de conventionnement. Il est réservé aux opérateurs autorisés ; le label n'énonce pas d'exigences supplémentaires par rapport à l'autorisation, mais institue une démarche d'audit annuel (selon un guide explicite) de chaque opérateur ainsi conventionné. Le tarif accordé aux opérateurs conventionnés et autorisés est supérieur à celui qui est payé aux opérateurs agréés qualité. A terme, le Conseil général souhaite ne travailler qu'avec des opérateurs autorisés et conventionnés. Il est paradoxal d'appeler ce processus label, dès lors qu'il est presque imposé aux opérateurs qui souhaitent travailler à un prix économiquement viable.

[46] Dans d'autres cas, des fédérations d'opérateurs construisent un label, c'est-à-dire un ensemble de préconisations pour les différents opérateurs de leurs réseaux. Il semble qu'un certain nombre de groupements cherchent à créer leur propre label et à le faire reconnaître par la CNSA. Ainsi, la Fédération Nationale des Services à la Personne et de Proximité (FEDESAP), représentant les entreprises TPE et PME (autour de 250) de services à la personne et adhérente de la CG-PME est en train de construire, sur le modèle de Qualibat dans le bâtiment, un label dit Qualisap, en lien étroit avec le bureau Véritas. Ce label est étroitement calé sur les préconisations de l'agrément qualité et y ajoute des éléments sur la satisfaction des clients.

[47] La FEDESAP considère que ce label est plus simple, plus lisible et surtout plus accessible sur le plan des procédures à mettre en place et sur le plan du coût que les certifications Qualicert et AFNOR (le coût de mise en place et des audits s'élèverait, dans ce dispositif à environ 70 000 €, voir plus loin). Les interventions d'évaluation du bureau Véritas reviennent à 500 /1000€. La FEDESAP estime qu'alors, comme la certification, ce label pourrait se substituer à l'évaluation ou du moins l'alléger.

- [48] Dans le même esprit, l'ADESSA, née en 2001 de la fusion de 2 fédérations d'aide à domicile, a mis en place en 2005 un label construit sur 21 critères et pouvant être une étape vers la certification. Le but est¹⁶ : " de permettre aux associations ADESSA de se démarquer de la concurrence ; de faire reconnaître le savoir faire des structures adhérentes, en affichant de manière transparente les outils et les pratiques qu'elles ont mis en place et qui seront validés par un organisme extérieur ; d'harmoniser les pratiques dans le réseau..... " et aussi "d'assurer aux différents interlocuteurs (clients ou partenaires) une garantie de services quand ils font appel à ADESSA ". Ici, l'audit est réalisé par une seule société, l'IDAP (Institut de Développement des Activités de Proximité). La question se pose de l'indépendance de cette société par rapport à ADESSA.
- [49] Les grandes enseignes (20 en fin 2007 regroupant 5300 structures) référencent elles aussi les organismes qu'elles chapeautent sur des critères de qualité et de durabilité. L'Association des Enseignes de Services à la Personne qui regroupe notamment Accor Services, CNP Services à la Personne, Domiserve, Fourmi Verte, France Domicile Groupe Caisse d'Épargne, Services à la personne La Poste, Personia etc. promeut une charte qualité.
- [50] On le voit, il s'agit ici de tentatives intermédiaires entre le simple agrément qualité et la certification. En réalité, comme le reconnaît l'ADESSA, il s'agit aussi de permettre aux opérateurs labellisés de " se démarquer de la concurrence".

2.3.2. La certification

- [51] Elle concerne les organismes volontaires pour s'y prêter et met en jeu des sociétés de certification privées qui donnent un label reconnu dans le cadre du Code de la consommation (Article L 115-27 à 33) et le suivent dans des conditions strictes.
- [52] Deux types de référentiels et de labels de « services aux personnes à domicile » existent : celui de l'Agence française de la normalisation (AFNOR) - norme NF X 50-056¹⁷ - et celui déposé par la société SGS (QUALICERT)¹⁸.
- [53] Ces référentiels définissent un cadre déontologique et des principes d'intervention individualisée (ajustement continu de la prestation). Les exigences de la norme concernent notamment :
- la relation avec le client : l'accueil physique ou téléphonique, l'analyse de la demande, l'offre de service (une proposition de service précise, un devis estimatif, un contrat formalisé), la préparation de l'intervention et sa réalisation.
 - la qualification professionnelle : les prestataires veillent à sélectionner, former et évaluer périodiquement le personnel (gestionnaire, encadrement, intervenant) qui participe à la réalisation de la prestation.
 - la mesure et l'amélioration de l'offre : réclamations clients avec un engagement de réponse d'attente d'un délai de 15 jours, évaluation de la qualité des services perçue par le client au travers de 2 enquêtes satisfaction (auprès de l'utilisateur et par le personnel) et mise en place d'actions correctives et préventives, suivi trimestriel de la prestation.
- [54] Une analyse détaillée des 2 référentiels de certification fait apparaître une grande proximité, voire une similitude absolue avec les normes administratives de qualité, mais plus de précisions sur les modes opératoires et les documents à contrôler.

¹⁶ Selon le Site Internet du groupement

¹⁷ En début 2008, 207 organismes (tous agréments confondus) sur 286 sites sont certifiés.

¹⁸ Autour de 800 organismes (tous agréments confondus) sont certifiés à ce jour

- [55] Une enquête menée en Octobre 2007, publiée sur le site de l'ANSP montre que, la première motivation des dirigeants qui ont recours à ces systèmes de labellisation et de certification est de valoriser l'image de leur structure et qu'elle a pour effet à leurs yeux d'améliorer la satisfaction des usagers dans quatre cas sur cinq.

3. UNE APPROCHE CONCRETE PEU CONVAINCANTE

3.1. *Une approche trop exclusivement procédurale*

- [56] Ces dispositifs reposent sur l'hypothèse d'un lien, extrapolé des mondes industriel et administratif, entre des procédures, des modes organisationnels, des documents et, à l'arrivée, une satisfaction des attentes et des besoins, vérifiée éventuellement par des enquêtes. Cette approche procédurale témoigne d'un effort d'autant plus intéressant qu'il s'articulera sur du suivi, des formations, du tutorat et du contrôle. On sait, cependant qu'elle est, par nature, impuissante à garantir ce qui fait la qualité du service, à savoir une attitude de l'intervenant adaptée à la situation de la personne dépendante.
- [57] S'agissant de la procédure de base qu'est l'agrément qualité, la mission a observé que les dossiers présentés aux DDTEFP étaient par construction, en général virtuels, et présentaient des engagements et des intentions de faire, l'activité ne commençant réellement qu'une fois l'agrément obtenu. Pour avoir du sens, il faut donc que les organismes soient effectivement suivis et que leur bilan d'activité annuel soit analysé par les DDTEFP. Or cela ne semble pas toujours être le cas. Cependant dans les Hauts de Seine, la DDTEFP accorde des « agréments qualité sous réserve », c'est-à-dire vérifie dans l'année qui suit, si les exigences notamment en matière de qualifications des encadrants ou toute autre caractéristique entraînant le doute, sont bien remplies.
- [58] La mission a également observé, dans les départements visités - et cela est généralisable au dire de l'ANSP - qu'un rouage essentiel prévu par le cahier des charges de l'agrément qualité (point 38) n'a jamais été mis en place : il s'agit de la liste prévue à l'article L. 311-5 du Code de l'action sociale, des personnes qualifiées auquel le bénéficiaire peut faire appel en cas de conflit non résolu avec le gestionnaire¹⁹.

3.2. *Des procédures et des dispositifs d'évaluation redondants et coûteux*

- [59] Entre les normes de l'agrément qualité, les conditions qualité de l'autorisation, les guides et recommandations de l'ANESM (bien-traitance, évaluation interne ...), les référencements par des enseignes et les référentiels pour les labels et certification, il existe plus que des convergences : des répétitions et des redondances l'approche par les procédures censées apporter des garanties aux usagers est généralisée. Sauf exception²⁰, ils ne comportent pas d'approche par les risques de non qualité (identification des risques a priori et a posteriori, typologie des risques, facteurs de risque, fréquence, gravité et aussi mesures de prévention et de réduction des risques), ce qui, on l'a vu, pourrait être une approche réaliste de la question.

¹⁹ Il semble que les équipes APA, en particulier, pourraient jouer ce rôle : la qualité se juge d'abord au domicile et par un organisme totalement indépendant du gestionnaire, les audits financés par le gestionnaire ne présentant pas une vraie garantie d'objectivité.

²⁰ Rédaction d'un document sur la gestion des risques de maltraitance par le Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés.

- [60] Comme le montre l'annexe sur la qualité, tous les référentiels/ recommandations sont très proches des préconisations de l'agrément qualité, un peu plus détaillés et très précis sur les responsabilités, les procédures et modes opératoires, les moyens organisationnels et matériels à mettre en place (outils de traçabilité, plannings, documents contractuels ou conventionnels, plannings, entretiens avec le personnel).
- [61] Comme tout contrôle par des corps de contrôle ou par d'éventuelles fédérations, la méthodologie mise en œuvre par les auditeurs dans le cadre de l'AFNOR ou de Qualicert comporte :
- Des entretiens avec des membres du personnel ;
 - Des vérifications visuelles d'éléments matériels ;
 - L'observation de l'activité le jour de l'audit ;
 - La consultation des documents et enregistrements pour :
 - l'examen des éventuelles réclamations portant sur les caractéristiques certifiées du référentiel ;
 - une vérification de la réalisation et de l'efficacité du contrôle interne mis en œuvre par l'organisme selon les modalités prévues dans le référentiel (notamment, contrôle interne du respect des caractéristiques certifiées, suivi de la satisfaction) ;
 - la vérification de la réalisation des enquêtes de satisfaction auprès des clients et selon les modalités définies dans le référentiel ;
 - le cas échéant, une vérification de la mise en œuvre effective des actions correctives proposées suite aux non-conformités détectées par l'organisme certificateur lors de l'audit de certification ou des contrôles ou suite aux résultats des enquêtes de satisfaction.
- [62] Il s'agit, dans tous les cas, de vérifier la mise en œuvre des procédures prévues et non d'évaluer l'impact et le résultat. Il faut observer que ces évaluations et audits ne sont jamais faits au domicile de la personne. Il n'y a que les contrôles des équipes APA qui soient réellement en contact avec les personnes et leurs familles. Il ne s'agit pas non plus d'un contrôle tel qu'il est conduit dans le service public.
- [63] Ces redondances²¹ et ces vérifications formelles servent beaucoup à l'affichage, elles sont potentiellement contreproductives car elles créent un effet de brouillage et peuvent servir d'alibi à une faiblesse du contrôle par les pouvoirs publics, Etat ou département. On peut penser, aussi, qu'en incitant aux certifications plutôt qu'en faisant effectuer les contrôles dus par les services de l'Etat, celui-ci reporte en quelque sorte la charge du contrôle de qualité sur les finances des organismes sociaux et des départements.
- [64] Ces démarches qui s'ajoutent aux procédures de base sont extrêmement coûteuses : alors que l'application effective des exigences de base de l'agrément qualité/autorisation devraient suffire, on a vu plus haut les pouvoirs publics (CNSA, ANSP) s'engager dans des aides importantes pour favoriser les démarches qualité. Un décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le " cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux" énonce une nouvelle fois les thématiques et les registres de l'évaluation. Dans ce cadre, l'ANESM procède de son côté à l'élaboration de guides et de recommandations et établit (comme d'ailleurs l'ANSP/ANACT) des listes d'organismes auditeurs. Ceux-ci prolifèrent et font payer leurs audits par les organismes audités.
- [65] Une étude détaillée réalisée par l'ADHAP et portant principalement sur la certification Qualicert montre que le coût moyen de mise en place d'un système qualité et la réalisation du 1^{er} audit (27 000 €) et des 2 premiers audits de suivi (33 000 €) se situe en moyenne à 60 000 € sur trois ans.

²¹ On notera cependant que pour les organismes agréés, le législateur a indiqué que la certification dispense de l'évaluation, à l'occasion d'une demande de renouvellement.

- [66] Dans le même ordre de grandeur, l'UNA qui a une cinquantaine d'organismes certifiés AFNOR évalue, quant à elle, le coût sur 3 ans d'une certification AFNOR à 76 000 € (appel à un "qualiticien", comité de pilotage, audits, mise en place de procédures nouvelles).
- [67] Ces coûts sont inabordables pour un organisme moyen et peuvent apparaître disproportionnés par rapport au coût de l'activité de base qui est celui de l'intervenant au domicile.
- [68] Malgré ces redondances et ces coûts, il existe des aspects positifs à cette mobilisation un peu brouillonne autour de la qualité : cette préoccupation a permis l'organisation de formations mises en place notamment par les fédérations et s'adressant en particulier aux cadres intermédiaires (coordonnateurs, personnes référentes). Elle a aussi encouragé des expériences de tutorat et d'accompagnement des intervenants.

3.3. Un cadre administratif et conventionnel peu cohérent, obstacle à la qualité

3.3.1. Un fouillis législatif

- [69] L'annexe sur la législation expose le fouillis administratif des textes et des tutelles et l'incohérence d'une base législative aux objectifs quasiment contradictoires de développement de l'emploi dans les services à la personne par la concurrence et de protection de l'utilisateur par un régime d'autorisation. Malgré le droit d'option, la mécanique du tarif opposable pour les services autorisés tend à fermer le marché et créer des monopoles qui peuvent contrevenir aux exigences de qualité : les services anciens, autorisés, peuvent présenter des lacunes en termes d'organisation, d'encadrement ou de formation ; du côté des services simplement agréés par le préfet, la concurrence, si elle induit parfois des démarches d'apparence qualitative (label etc.) pour la conquête de parts de marché, peut aussi aboutir à une pression à la baisse des coûts incompatible avec un bon niveau de qualité.
- [70] Autre anomalie, structurelle cette fois-ci, la tarification des services autorisés est assise sur un nombre d'interventions prévisionnelles, mais l'ouverture du secteur à des opérateurs libres de fixer leurs prix est susceptible de générer des fluctuations dans la réalisation de ces prévisions de dépenses qui aboutiraient in fine à renchérir beaucoup le coût unitaire des interventions et à charger les finances départementales de la reprise des pertes budgétaires de certains organismes. L'apparente liberté tarifaire des services agréés est d'ailleurs limitée par la faible solvabilité des "acheteurs" et par le contrôle de l'évolution annuelle des tarifs par le ministère des finances.
- [71] Dans les trois départements visités par la mission, le tarif de remboursement de l'heure d'intervention effectuée par un opérateur prestataire autorisé ou seulement agréé qualité n'est jamais en défaveur des opérateurs autorisés : dans l'Ain, aucun opérateur prestataire non autorisé n'est remboursé au tarif prestataire, et donc il n'y a aucun opérateur privé prestataire qui intervienne ; dans les Pyrénées-Orientales, les opérateurs non autorisés sont remboursés à un tarif horaire correspondant à celui appliqué aux opérateurs prestataires autorisée deux ans auparavant ; dans les Hauts de Seine en revanche, les opérateurs autorisés (qui l'étaient avant la loi de 2005, puisque ce département a choisi de ne plus délivrer de nouvelle autorisation) se voient appliquer un tarif de remboursement identique aux opérateurs agréés qualité. De manière générale, les opérateurs nouveaux dans un département appliquent souvent des tarifs moins élevés que les opérateurs plus anciens et pourtant, il apparaît bien qu'une certaine taille est nécessaire pour pouvoir espérer une viabilité économique.

[72] Si l'autorisation permet à la collectivité publique financeuse de conserver une maîtrise des coûts, il n'apparaît pas qu'elle garantisse un moindre coût ; en tout cas, l'existence d'une concurrence est sans doute un facteur au moins aussi déterminant sur le niveau des prix. Enfin, un prix se détermine également par rapport à un marché potentiel ; or, comme on l'a indiqué, le marché des personnes âgées dépendantes est pour une large part de ses clients, essentiellement solvabilisé par les finances publiques : par l'APA pour les personnes à faibles ressources (pour les personnes dont les ressources sont égales au minimum vieillesse, la participation est nulle) et par les déductions fiscales et sociales pour les personnes soumises à l'impôt sur le revenu. La crainte qu'une « libération » du régime d'intervention des opérateurs par l'alignement de tous sur le régime de l'agrément qualité plutôt que sur celui de l'autorisation n'induisse une inflation des coûts de l'intervention ne paraît pas fondée. Certes, dans le secteur du logement aidé, l'extension de l'allocation logement aux étudiants a entraîné dans les villes étudiantes à offre immobilière insuffisante une inflation des loyers. Celle-ci s'explique autant par l'insuffisance de l'offre, la solvabilisation des locataires étudiants par les parents outre l'aide publique, et le non encadrement des prix des loyers au moment de leur renouvellement, par définition fréquent pour une population étudiante. Dans le secteur de l'aide à domicile aux personnes âgées, l'exercice sous le régime de l'agrément qualité emporte un encadrement de l'évolution des prix, fixés par contrat avec les bénéficiaires, et se confronte à un marché dont la solvabilité peut être encadrée par le tarif de remboursement de l'APA, le reste à charge devant être nul ou faible pour une large part des bénéficiaires. Enfin, il est tout à fait possible que les Conseils généraux passent avec les opérateurs des conventions réciproques dans lesquelles l'élément dépassement du tarif de remboursement horaire (tarif de responsabilité au sens du droit des assurances) soit contenu, ou selon les ressources des intéressés, ou de manière générale.

[73] Le déséquilibre principal vient du fait que les services de gré à gré sont laissés hors du champ de l'autorisation et de l'agrément mais inclus dans celui de la législation fiscale et des règles de l'APA. Ce « concurrent » est sans aucun doute celui qui exerce la plus forte pression à la baisse sur les prix, d'autant que le texte qui prévoit une augmentation de la participation du bénéficiaire à forte dépendance au paiement des heures d'intervention effectuées par un salarié de gré à gré n'est guère appliqué : par définition, on ne peut pas augmenter de 10% une participation nulle et dans les autres cas, comme le recours au gré à gré se fait pour élaborer un plan d'aide qui tienne dans l'enveloppe APA des personnes ayant un besoin d'un nombre d'heures élevés et à faibles ressources propres, il est fréquent que les services du Conseil général ne l'appliquent pas. Une réforme de ce mécanisme, augmentant la désincitation au recours au gré à gré ne saurait se faire sans redéploiement d'une partie des aides publiques (APA, fiscales et sociales) vers les personnes à forte dépendance.

[74] La mission a relevé aussi qu'un aspect essentiel de la qualité, à savoir la sécurité et l'honnêteté de l'intervention n'a pas été clairement organisé par le législateur²². Les dispositions protégeant contre la captation de biens les personnes vulnérables, c'est-à-dire interdisant toute donation ou testament en faveur des personnes physiques ou morales, propriétaires, administrateurs ou employés d'un établissement dans lequel elles sont hébergées ne visent pas les services à domicile (L.331-4).

[75] De même, l'article 1125-1 du code civil qui interdit à toute personne exerçant une fonction ou un emploi dans un établissement pour personnes âgées ou psychiatrique de se rendre acquéreur d'un bien ou cessionnaire d'un droit appartenant à une personne admise dans l'établissement non plus que de prendre à bail le logement occupé par cette personne avant son admission dans l'établissement ne vise pas non plus les personnes occupant un emploi auprès d'une personne âgée à domicile.

²² Elles figurent en général dans les normes de qualité et les référentiels de certification.

- [76] L'article 909 du code civil quant à lui s'applique à tous les établissements et services, mais il ne vise que les membres des professions médicales et de la pharmacie ainsi que les auxiliaires médicaux qui ont prodigué des soins à une personne pendant la maladie dont elle meurt. – « ayant pris soin de la personne durant sa « dernière maladie ».

3.3.2. Un cadre conventionnel inabouti

- [77] Outre les services mis en œuvre par les Centres communaux d'action sociale (CCAS), dont les salariés sont régis par le droit de la fonction publique territoriale²³, il existe actuellement plusieurs conventions collectives pour les services d'aide à domicile, et principalement :
- la Convention collective nationale des aides familiales rurales et du personnel de l'aide à domicile en milieu rural (ADMR) du 6 mai 1970,
 - la Convention collective nationale des organismes d'aide ou de maintien à domicile du 11 mai 1983,
 - la Convention collective nationale des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999, nouvelle convention renégociée après celle de 1980.
- [78] Seule cette dernière a été étendue par arrêté du 2 mars 2000, ce qui n'est pas le cas des deux précédentes, qui couvrent l'essentiel du champ associatif de l'aide à domicile. Des négociations sont en cours en vue d'une fusion des conventions associatives, qui pourrait aboutir à une convention unique pour tout le secteur non lucratif, hors CCAS.
- [79] Pour les entreprises à but lucratif, l'arrêté du 1^{er} avril 2008 porte extension d'un accord national professionnel conclu dans le secteur des services à la personne. Mais s'il s'agit bien de l'extension du champ de la convention collective des services à la personne, il ne s'agit pas encore du contenu de celle-ci, qui est en cours de négociation, non aboutie à ce jour.
- [80] Outre la diversité et la non extension pour les organismes prestataires, le problème est que ces conventions négociées ou en cours de négociation prévoient des conditions de rémunérations et de travail différentes.

²³ La mission n'a pas étudié de manière approfondie la question du statut des intervenants employés par des CCAS. Ils sont régis par le statut de la fonction publique territoriale. Aux termes de celle – ci, trois cas se présentent : ils peuvent être fonctionnaires à temps plein et les règles statutaires, notamment en termes de droits aux congés et de rémunération des journées d'absence pour maladie s'appliquent. Les cotisations sociales sont payées à la Caisse nationale de retraite et d'assurance des collectivités locales. Les collectivités règlent elles-mêmes les indemnités journalières maladie, en s'assurant auprès d'une assurance ou en étant elles-mêmes leur propre assureur. Tous les jours de congé maladie sont payés. Soit ils travaillent moins de 28 heures par mois et dès lors ils peuvent être soit fonctionnaires titulaires à moins de 28 heures par semaine, soit contractuels. Les cotisations sont réglées au régime général de sécurité sociale. Dès lors, ce sont les règles du régime général qui s'appliquent : les indemnités journalières sont payées directement par l'assurance maladie, sauf si la collectivité territoriale lui demande la subrogation ; sauf décision plus favorable de la collectivité, l'agent se voit appliquer les jours de carence, en début de chaque congé de maladie. La mission a constaté qu'à Perpignan, le CCAS n'employait, volontairement, aucun intervenant pour plus de 28 heures, et n'avait pas demandé de subrogation. Sans qu'il soit question de mettre en cause le système des titulaires de moins de 28 heures, position qui offre aux intéressées une stabilité d'emploi et une mensualisation, force est de constater qu'il existe là un frein au passage à temps plein des personnes qui le souhaiteraient. Et donc le risque qu'elles complètent cet emploi stable, mais incomplet par un certain nombre d'heures de gré à gré, assurées de manière régulière ou non.

- [81] Ainsi, seule la convention collective des particuliers employeurs prévoit des systèmes d'équivalence : la « présence responsable diurne », c'est-à-dire la présence pendant laquelle l'intervenant n'effectue aucune activité est rémunérée selon l'équivalence au minimum de deux tiers de la durée de présence ; la nuit, le nombre d'heures de présence sans activité est rémunérée pour un sixième du temps réel, quand il n'y a pas à intervenir auprès de la personne ; s'il y a régulièrement plusieurs interventions nocturnes, c'est le système des heures de présence responsable diurne, de paiement aux deux tiers, qui s'applique. Dès lors, comme les organismes prestataires sont eux obligés de rémunérer toute heure de présence de nuit (y compris la garde sans intervention) au prix fort, ils créent une structure mandataire pour que leurs salariés interviennent la nuit comme salariés des bénéficiaires. Les organismes à but non lucratif autorisés ont demandé qu'un arrêté soit pris, étendant la disposition de la convention collective de 1966 (établissements sociaux et médico-sociaux) relative aux chambres de veille aux services à domicile (c'est-à-dire prévoyant une présence de nuit sans intervention ou à intervention réduite payée de manière moins élevée).
- [82] Le temps de transport entre deux missions est en principe inclus dans la durée de travail (code du travail et conventions collectives). Mais pour les salariés de particuliers employeurs, il ne s'agit jamais d'un temps entre deux missions, mais toujours d'un temps de trajet de chez soi jusque chez l'employeur. La convention collective de l'ADMR prévoit (article 5.4.4) que sont comptés comme temps de travail effectif « le temps de déplacement nécessaire » entre deux séquences de travail effectif, et pour celle de 1983 « les temps de trajet entre deux interventions consécutives ». Ce qui exclu la prise en compte si les deux missions ne se suivent pas.
- [83] Entre les particuliers employeurs et les salariés des organismes prestataires, et pour ces derniers selon l'organisation des plannings, les trajets peuvent être ou non rémunérés, avec des distorsions fortes.
- [84] La problématique est simple : plus les conditions de rémunération des personnels s'améliorent, plus chère est la prestation, qui est constituée à plus de 80% par le coût direct de l'intervenant. Mais moins les conditions de travail sont attractives, plus se développent des pénuries de main d'œuvre et des difficultés à fidéliser une main d'œuvre formée et qualifiée.
- [85] Ce n'est évidemment pas que la rémunération qui est en jeu, mais les avantages divers, le temps de travail effectif, les congés payés, le droit à la formation etc.
- [86] Actuellement les conditions de travail énoncées par la convention collective des particuliers employeurs sont plutôt favorables aux employeurs. Mais si trop d'exigences étaient introduites dans ces contrats, ne risquerait-on pas de faire repartir vers le travail clandestin un pourcentage non négligeable du travail blanchi grâce aux dispositifs des services à la personne, en particulier le CESU ?
- [87] Inversement, les organismes prestataires ne peuvent répondre la plupart du temps aux besoins de présence nocturne, le coût étant disproportionné par rapport à la solvabilisation moyenne des revenus et de l'APA.
- [88] Très clairement, les enjeux sont, d'une part l'unification des conventions collectives du secteur à but non lucratif, en recherchant dans la négociation entre les opérateurs prestataires et les organisations syndicales de salariés, des conditions de travail qui permettent d'améliorer la qualité du service, à défaut de pouvoir être compétitif par rapport aux salariés de gré à gré du point de vue des prix. D'autre part, la future convention du secteur lucratif devra également se positionner sur ces questions de rapport qualité de service/coût.

- [89] Il appartiendra aux pouvoirs publics de veiller au contenu des conventions collectives, et a minima avant de prendre des arrêtés d'extension, afin d'éviter de grosses distorsions de concurrence, et des différences de qualité de service, entre les trois secteurs que sont les centres communaux d'action sociale, le secteur associatif et le secteur à but lucratif.

3.4. Une législation fiscale indifférente à la qualité

- [90] L'incitation fiscale, si elle dépend du coût des interventions, représente la même proportion de la dépense et est plafonnée de la même façon, quel que soit le mode d'intervention des opérateurs. Les déductions fiscales et sociales applicables soit au paiement entier des interventions, soit à leur reste à charge une fois déduit la part financée par l'APA, sont identiques quel que soit le mode d'intervention auprès de la personne, prestataire, mandataire ou gré à gré.
- [91] Ceci revient à avantager le gré à gré : une même déduction fiscale correspond à plus d'heures d'aide, dans ce cas, que dans celui d'un service prestataire.
- [92] Or, pour les personnes dépendantes et ce d'autant plus qu'elles le sont davantage et que leur environnement social et familial est pauvre, l'intervention prestataire est à priori plus adapté et plus garant de qualité ou moins source de risques de non qualité que le service mandataire. En effet, le prestataire, employeur des intervenants, organise et contrôle en principe leur travail, les coordonne et veille à la continuité du service. Au contraire du mandataire qui n'intervient guère que sur l'aspect administratif et a fortiori de la gestion de gré à gré qui laisse la personne âgée et ses proches -quand ils sont présents, seuls face à des problèmes de non qualité et à leur responsabilité d'employeur.
- [93] Curieusement, le crédit d'impôt qui n'est que le pendant des avantages de l'exonération fiscale pour les personnes non soumises ou faiblement soumises à l'IRPP, n'est pas applicable aux personnes non actives, ce qui introduit une discrimination entre les usagers.

3.5. APA : des obstacles réels à une amélioration de la qualité

3.5.1. Les limites de la grille AGGIR

- [94] La grille AGGIR mesure le degré de dépendance à travers un certain nombre de limitations, essentiellement physiques. Comme l'exprime le Comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie²⁴. " *En attribuant à chaque personne une position sur une échelle en six niveaux (Groupes Iso Ressources), AGGIR n'est qu'un indicateur commode pour résumer simplement une situation complexe. La mise en groupe iso ressources ne peut donc être assimilée à une évaluation multidimensionnelle, même si elle impose de recueillir des informations qui couvrent une partie de ce qui doit être considéré dans une évaluation complète. D'autres dimensions doivent être ajoutées comme les activités élaborées, la mobilité, le réseau relationnel, les conditions d'habitat etc., qui seules permettront d'élaborer ce qui est la finalité de l'évaluation : un plan d'aide. Dans ce cadre d'une évaluation globale, l'indicateur AGGIR joue le rôle d'un instrument d'éligibilité à la prestation APA. Il est donc logique qu'il s'insère dans l'évaluation multidimensionnelle mais il ne peut à lui tout seul permettre d'élaborer un plan d'aide* »
- [95] Au contraire de la PCH qui, en principe doit obéir à une logique de compensation des effets du handicap et donc une logique du besoin, l'APA n'est pas calibrée pour permettre à une personne âgée dépendante de rester seule à son domicile, dès lors que sa dépendance augmente et/ou qu'elle ne bénéficie pas d'un entourage proche aidant.

²⁴ Remis en janvier 2003

3.5.2. L'APA, une prestation en nature pas toujours bien utilisée

3.5.2.1. Un contrôle de l'effectivité balbutiant

[96] L'APA est une prestation en nature, c'est-à-dire qu'elle ne doit être versée que pour servir à l'aide en moyens humains ou techniques des personnes dépendantes pour les actes de la vie quotidienne.

[97] Ceci a deux conséquences : la totalité de l'allocation doit être dépensée en services, achats et rémunérations et ces achats doivent correspondre à des biens et actes destinés à l'aide aux actes de la vie quotidienne. Ceci entraîne qu'il y ait un contrôle de l'effectivité de l'utilisation de l'argent versé soit au bénéficiaire soit à l'opérateur par un système de tiers payant.

1) Sont ainsi éligibles des matériels à usage unique (gants, garnitures, produits de toilette spécifiques) mais pas l'alimentation, les produits d'entretien domestique, les produits de loisir. Sont éligibles les services d'une aide ménagère dès lors que la personne ne peut plus accomplir seule des actes comme la réfection de son lit, la préparation de ses repas, les soins domestiques courants. Sont également uniquement éligibles les prestations servies soit par un opérateur prestataire, soit par un salarié, mandaté ou de gré à gré, qui ne peut être ni le conjoint, ni le concubin, ni la personne liée par un PACS avec le bénéficiaire.

Le contrôle de l'effectivité comporte donc le contrôle de la dépense, celui du destinataire de la dépense, celui de la nature du service acheté et enfin celui de l'effectivité du service rendu pour ce prix. Ces contrôles sont effectués sur pièces et a posteriori dans la majorité des départements : factures et bulletins de paie doivent être fournis.

Cependant, un tel contrôle est lourd et il ne peut pas toujours être effectué de manière systématique. Il implique que le Conseil général dispose d'un système de liquidation ligne par ligne de la prestation, alors que souvent il ne dispose que d'un système lui permettant de liquider l'allocation par bénéficiaire et par période. Le contrôle n'est pas intégré au système.

2) La caractéristique de prestation en nature implique que l'opérateur, s'il s'agit d'un prestataire ou d'un mandataire suive acte par acte la réalité du service fait. Or, dans un certain nombre de cas, il peut y avoir une sorte d'accord tacite (que , comme on l'a vu plus haut la situation de dépendance induit) entre les bénéficiaires de l'allocation et soit les salariés, soit les opérateurs : des heures non faites ou non faites à une période donnée peuvent être facturées quand même ; des paiements sont effectués après le décès de la personne et jamais récupérés auprès d'opérateurs qui ont été payés en avances mensuelles sur dotation globale. Sans parler des interventions dont il faut vérifier sur place l'effectivité au bénéfice de la personne, notamment quand l'intervenant est un proche du bénéficiaire, qui peut être conduit à accepter que soient payées des heures non effectuées.

3) Deux systèmes – très minoritaires - permettent actuellement de vérifier au domicile des personnes, sans qu'il y ait intrusion d'un service de contrôle, l'effectivité de la dépense.

- D'une part les systèmes de télégestion développés par certains opérateurs en accord avec les conseils généraux et la CNSA permettent une facturation en temps réel des interventions, à partir d'un terminal portable posé à chaque intervention par l'intervenant sur une « carte » au domicile du bénéficiaire : sont enregistrés la durée de l'intervention, l'identité du bénéficiaire et de l'opérateur (et de l'intervenant pour générer la paie) et donc la facturation, la paie et les déclarations diverses et variées requises.
- D'autre part, le système du CESU préfinancé que la mission a vu fonctionner dans les Pyrénées-Orientales. Ce système décrit dans l'annexe consacré au CESU permet au Conseil général de ne payer que les interventions prévues et effectuées et a généré entre 15 et 20% d'économies aux dires du département. Il faut noter cependant que le système est relativement lourd et que les opérateurs lui

reprochent, outre son coût (plus de 3% de commissions sont à payer par l'opérateur à l'émetteur du CESU) la lourdeur de gestion : les chèques sont à récupérer heure par heure, ce qui aboutit à des retards de paiement importants. Le CCAS de Perpignan se plaignait ainsi à la mission d'avoir plus de 43 600 Euros de chèques non récupérés pour l'année 2008. (Annexe P-O.) D'autre part, le système de l'envoi au bénéficiaire de chèques CESU n'empêche pas que certains bénéficiaires « confient » tous leurs chèques à l'opérateur, à charge pour celui-ci de ne présenter à l'émetteur que ceux qui correspondent à une prestation effectuée.

- La partie suivante, consacrée au contrôle expose de manière plus approfondie les avantages et désavantages de ce système, qui pour l'instant n'est utilisé de manière complète pour l'ensemble des paiements d'APA et de PCH que par le département des Pyrénées-Orientales.

3.5.2.2. Le paradoxe du choix entre quantité et qualité de service

[98] On a montré comment à la fois, le montant de l'APA et besoin quantitatif d'heures d'intervention tendaient à rendre difficile le recours à un service prestataire pour les personnes les plus dépendantes, alors même que leur état leur interdit dans un grand nombre de cas de maîtriser les intervenants nombreux qui agissent à leur domicile.

[99] Le législateur a encouragé le recours à un prestataire pour les personnes qui ont la plus grande perte d'autonomie. En effet, aux termes de l'article L.232-6 du Code de l'action sociale et des familles « *dans les cas de perte d'autonomie les plus importants, lorsque le plan d'aide prévoit l'intervention d'une tierce personne à domicile, l'APA est, sauf refus exprès du bénéficiaire affectée à la rémunération d'un service prestataire d'aide à domicile agréé dans les conditions fixées à l'article L.129-1 du code du travail.* » D'autre part, si la personne qui fait partie des GIR 1 ou 2 recourt à un service prestataire non agréé ou à un employé direct, sa participation est majorée de 10%.

[100] Ces dispositions, outre le fait déjà exposé qu'elles ne sont que peu appliquées, n'apparaissent pas suffisantes :

- d'une part, ce n'est pas seulement le degré de dépendance au sens de la grille AGIR qui permet de définir le besoin du recours à un prestataire, mais une caractéristique qui n'est pas évaluée, celle de la capacité de la personne, malgré une dépendance faible ou plus élevée, à gérer et à commander » les personnes qui s'occupent d'elle
- d'autre part, le taux de 10% d'augmentation en cas d'interventions délivrées de gré à gré n'est pas assez important pour que le recours aux salariés de gré à gré ne reste pas beaucoup moins cher que celui du prestataire. Il faudrait sans doute marquer plus la différence, si l'on souhaite encourager plus le recours au prestataire et augmenter les plafonds des GIR 1 et 2, nonobstant le problème des personnes à taux de participation nul.

[101] Car, soit la personne bénéficiaire est capable, malgré sa dépendance pour certains actes de la vie quotidienne, de manager une ou plusieurs personnes, la livraison des repas, l'achat des produits à usage unique, l'entretien de sa maison, les aides qui lui sont apportées pour prendre soin d'elle, manger, se déplacer et il appartient à son libre choix de préférer rester seule maîtresse à bord chez elle, soit elle n'en est plus capable et on peut estimer qu'il faudrait augmenter l'allocation pour permettre le recours au prestataire.

3.5.2.3. APA : un niveau équivalent quelles que soient les conditions de main d'œuvre locale

[102] Les conditions de vie, de rémunération, de coût de la vie et des loyers sont très variables sur le territoire. Dans certaines zones rurales il y a pénurie de main d'œuvre du fait du faible nombre d'habitants actifs. Dans d'autres zones, proches de grandes villes ou touristiques, il y a pénurie de main d'œuvre, car les personnes intéressées trouvent des emplois mieux rémunérés et moins difficiles, auprès de particuliers employeurs ou dans les secteurs de l'hôtellerie, tourisme. Dans l'Ain par exemple, le Pays de Gex, frontalier avec la Suisse, accueille surtout des actifs travaillant à Genève, tandis que les personnes à bas revenus ne peuvent se loger sur place vu la cherté des loyers induite par la Suisse : ainsi, il est très difficile de trouver localement des salariés pour l'aide à domicile, ou alors venant de loin avec des temps et coûts de transport. Autre exemple, en région parisienne, ce sont très souvent, faute d'autres candidats, des personnes d'origine étrangère qui prennent les emplois dans les services d'aide à domicile, nécessitant fréquemment des demandes de régularisations des titres de séjour. Le secteur a d'ailleurs été inscrit en région parisienne dans la catégorie des « métiers en tension ».

[103] Or l'APA est une prestation plafonnée, forfaitairement, en fonction du degré de dépendance. (On observera d'ailleurs sur ce point que les montants moyens des plans d'aide sont inférieurs de 28 % aux plafonds nationaux fixés pour l'APA. L'écart relatif est moins élevé pour le GIR 1 que pour les autres GIR. Voir annexe sur la solvabilité). Ainsi, le financement par l'APA ne prend pas en compte ces différences de coût de revient des heures d'intervention et en réduit plus ou moins la partie financée ; de ce fait, sauf à limiter les interventions même si le besoin est avéré, cela induit un reste à charge d'autant plus important que la personne a besoin d'un nombre d'heures d'intervention élevé ; dès lors, seul le recours au gré à gré permet de la solvabiliser suffisamment, alors même que l'état de dépendance ou d'isolement qui induit ce besoin rend plus nécessaire la présence d'un prestataire.

4. UNE DEFICIENCE DU CONTROLE

[104] On a démontré ci-dessus l'importance de la création par des organismes divers, agences et têtes de réseaux de référentiels et de critères en matière d'évaluation, d'octroi de labels et de certification de la qualité des services d'aide à domicile. Il s'agit en réalité d'une déclinaison plus ou moins sophistiquée des normes présentes dans les différentes législations.

[105] D'une certaine manière, c'est une forme d'externalisation voire de privatisation du contrôle de la légalité. En tout état de cause si, théoriquement l'autorité administrative du préfet en matière de contrôle des services agréés qualité est importante, les contrôles effectués par les services de l'Etat sont déficients et ne sont pas exercés de manière coordonnée. Le fait que ces interventions s'exercent au domicile des personnes et selon des modalités qui mettent en jeu leur intimité rend les contrôles très difficiles. Les Conseils généraux paraissent les mieux placés pour suivre l'effectivité et la qualité des services d'aide à domicile, même si dans certains cas, ils ont largement délégué ce suivi aux opérateurs eux-mêmes.

4.1. Des pouvoirs de contrôle importants pour les services de l'Etat

4.1.1. Les divers contrôles applicables aux opérateurs de services à la personne

[106] La circulaire ANSP/DGEFP/DGAS n° 1-2007 du 15 Mai 2007 adressée par le Ministre de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement aux préfets des régions et des départements pour les directeurs régionaux et départementaux du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et des affaires sanitaires et sociales reprend (en son point 7 et en son annexe 4) la question du contrôle des opérateurs d'aide à domicile régis soit par le régime de l'autorisation, soit celui de l'agrément, soit celui de l'agrément qualité.²⁵ En réalité, seuls les services prestataires sont réellement visés par ces contrôles, les mandataires ne l'étant que par les contrôles de la consommation pour tromperie sur le service, quand ils ne précisent pas que le service qu'ils rendent est un rapprochement entre les salariés et les employeurs et une gestion administrative de la paie, sans être les employeurs des intervenants ;

4.1.2. L'autorité qui délivre l'agrément a compétence pour recevoir les bilans et retirer l'agrément

[107] Les opérateurs qui délivrent leurs services sur le mode prestataire et dans le régime de l'agrément qualité doivent être contrôlés par les autorités qui ont délivré cet agrément, aux termes des articles L. 7231-1, 2 et L.7232-1 à 7 du Code du travail (anciennement L.129-1 et suivants). Les articles réglementaires correspondants R.7232-1 à 17 de ce code, déterminent les conditions de délivrance et de retrait de l'agrément, et notamment les clauses particulières qui s'appliquent aux organismes d'assistance à des personnes âgées ou handicapées (L.7232-5) dont le respect d'un cahier des charges approuvé par arrêté du ministre chargé de l'emploi.

[108] Toujours dans le code du travail, l'article L.7232-5 précise d'ailleurs " l'exigence de qualité nécessaire à l'intervention des associations, entreprises et établissements publics mentionnés aux articles L.7232-1 et L.7232-4 est équivalente " à celle requise pour les mêmes publics par la loi 20002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

[109] Néanmoins, il faut reconnaître que les compétences de contrôle et surtout de sanction en cas de manquement à ces exigences sont plus élevées s'agissant du régime d'agrément qualité que d'autorisation.

[110] Les opérateurs sont tenus de fournir un bilan qualitatif et quantitatif de l'activité exercée au titre de l'année écoulée. L'agrément délivré pour une durée de cinq ans doit être renouvelé par une demande déposée au plus tard trois mois avant le terme. L'agrément peut être retiré si l'opérateur cesse de remplir les obligations prévues aux articles réglementaires afférant à la délivrance de l'agrément (dont le cahier des charges qualité) et également si l'opérateur ne respecte pas les dispositions relatives à la santé et sécurité au travail, exerce des activités autres, ne transmet pas au préfet avant la fin du premier semestre les bilans suscités.

²⁵ La circulaire reste assez elliptique sur le thème du contrôle. En effet, quoiqu'elle affirme que le contrôle relève de la compétence de plusieurs services déconcentrés, dont les DDTEFP, les DDCCRF et les DDASS, et enjoigne aux préfets de mettre en place une concertation régulière avec l'ensemble de ces acteurs, elle n'est ni adressée aux DDCCRF, ni signée par le ministre en charge de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (ni d'ailleurs de celui en charge de l'emploi, un mois après la signature de la dite circulaire), ni même renseignée correctement par la DGEFP, puisque il apparaît dans le tableau annexe 4, dans la colonne DDTEFP, pour les lignes relevant de la compétence DDTEFP –agrément et agrément qualité par droit d'option-, « préciser l'objet et les références juridiques ». Formule pour le moins cavalière, s'agissant d'une directive adressée à des services pour qu'ils exercent un contrôle, dont on ne leur précise ni les fondements juridiques, ni l'objet !

- [111] Force est de constater que le retrait de l'agrément paraît beaucoup plus simple à mettre en œuvre que le retrait d'autorisation, alors même que les exigences de qualité demandées aux opérateurs agréés sont les mêmes. Le pouvoir de contrôle de la qualité des opérateurs par les autorités administratives qui délivrent l'agrément est donc important. Reste à l'exercer, car il est clair que n'entre pas dans la culture professionnelle des services du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle le contrôle des obligations de qualité instituées par le Code de l'action sociale et des familles et notamment celles relatives au respect du droit des usagers.
- [112] Il paraît donc nécessaire que pour exercer ce contrôle, le préfet fasse appel à la fois aux services de la DDTEFP et à ceux de la DDASS.

4.1.3. La compétence des DDASS en matière de protection de la sécurité, de la santé et du bien être physique et moral des personnes

- [113] S'agissant des services autorisés par le président du Conseil général :

Aux termes d'une rédaction compliquée de l'article L.313-13, il est dit successivement que l'autorité qui a délivré l'autorisation a le pouvoir de contrôle, mais que lorsqu'il s'agit d'un « contrôle qui a pour objet d'apprécier l'état de santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être physique ou moral des bénéficiaires, il est procédé à des visites d'inspection conduites en fonction de la nature du contrôle par un médecin inspecteur de la santé publique ou un inspecteur de l'action sanitaire et sociale... qui veillent à entendre les usagers et leurs familles et à recueillir leurs témoignages ... également celui des personnels du service. Les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale dûment assermentés à cet effet recherchent et constatent les infractions définies au présent code par des procès verbaux transmis au procureur de la République qui font foi jusqu'à preuve du contraire. »

Mais il est dit dans le dernier article de ce même alinéa :

« Dans les établissements et services autorisés par le président du Conseil général, les contrôles prévus à l'alinéa précédent sont effectués par les agents départementaux mentionnés à l'article L.133-2 et dans les conditions définies audit article.

Toutefois ces contrôles peuvent également être exercés, de façon séparée ou conjointe avec ces agents, par les agents de l'Etat mentionnés au présent article. »

Si l'on comprend bien cet article quelque peu obscur : les opérateurs autorisés sont sous le contrôle entier des agents du Conseil général, mais les médecins inspecteurs et les inspecteurs de la DDASS peuvent effectuer des contrôles pour apprécier l'état de santé, la sécurité, le bien être des bénéficiaires, en accord ou non avec le Conseil général.

- [114] S'agissant des services agréés qualité dans le champ des services aux personnes âgées :

Aux termes de l'article L.313-1-1 et de l'article L.331-1, les opérateurs qui ont opté pour l'agrément dans les activités soumises à autorisation sont soumis « au contrôle exercé sous l'autorité du ministre chargé de l'action sociale et des familles et du représentant de l'Etat dans le département, par les agents qualifiés statutairement des directions des affaires sanitaires et sociales dans les conditions prévues à l'article L.313-13 (suscité)... Ce contrôle tend, notamment, à s'assurer de la sécurité des personnes ».

Toutes les autres mentions du Code de la famille et de l'action sociale et des familles qui visent les services à domicile et les contrôles traitent de services autorisés et des autorités ayant délivré l'autorisation. Il apparaît donc que le Conseil général ne dispose pas de pouvoir de contrôle des services agréés qualité et non autorisés, sauf celui de l'application du plan d'aide et de l'effectivité des prestations financées par l'APA.

Tout le contrôle paraît dévolu au représentant de l'Etat et plus particulièrement en matière de santé et de sécurité des personnes aux personnels de la DDASS.

4.1.4. Les autorités chargées de la protection des consommateurs

4.1.4.1. Une attention au secteur des services à la personne en 2007 et 2008

[115] Le code du commerce et de la consommation prévoit diverses protections des consommateurs recourant aux services à la personne. Chaque année, une note d'orientation de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes oriente les services départementaux vers différents secteurs. En 2008, cette direction a fait réitérer des opérations de contrôle déjà effectuées en 2007²⁶.

[116] Aux termes de la directive d'orientation n°6 sur la régulation des marchés, la protection économique du consommateur et sa sécurité, « la DGCCRF doit renforcer ses contrôles pour vérifier que les règles d'information du consommateur sont bien respectées et que les contrats sont passés loyalement. Une attention plus particulière devra être portée sur le respect des dispositions réglementaires liées au démarchage à domicile. En effet, la DGCCRF reçoit de nombreuses plaintes de consommateurs âgés suite à des contrats conclus à la suite d'un démarchage à domicile. Le non-respect du délai de 7 jours de rétractation avant la réalisation de la prestation et le paiement immédiat sont le plus souvent constatés chez des prestataires itinérants qui effectuent des prestations ponctuelles.

[117] Les contrôles sur d'autres pratiques déloyales, telles que la tromperie, l'abus de faiblesse, la publicité de nature à induire en erreur le consommateur, exercées avec pression sur une clientèle vulnérable ou en situation de faiblesse (situation d'urgence) permettront d'atteindre l'objectif de protection du consommateur voulu par les pouvoirs publics. »

4.1.4.2. Autre angle du contrôle : la vigilance sur le fonctionnement concurrentiel du secteur.

[118] La note précitée pointe la question des enseignes (les enseignes nationales sont des organismes, banques, assurances, d'intermédiation entre les salariés ou prestataires et les bénéficiaires). « Il conviendra de surveiller les informations présentées par ces mandataires qui se chargent uniquement de mettre en relation des professionnels et des consommateurs afin de vérifier qu'elles ne sont pas contraires aux règles du droit de la concurrence. De même lorsque ces enseignes agissent en tant que prestataires, les critères d'agrément des entreprises qui réalisent les prestations devront être regardées avec attention ainsi que les contrats passés avec ces entreprises. »

[119] Il est fait allusion là, d'après les renseignements communiqués par le directeur de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes des Pyrénées-Orientales notamment au critère d'exclusivité de l'activité des prestataires œuvrant pour des services à la personne. Ainsi une entreprise de taxi ne peut-elle pas obtenir l'agrément pour le transport des personnes âgées ou handicapées si elle transporte par ailleurs le tout venant.

[120] Cette clause a davantage pour but de préserver le droit à la concurrence et notamment les entreprises inscrites au registre de l'artisanat et du commerce contre une concurrence de services à la personne largement aidés, que de protéger les bénéficiaires de ces services.

4.1.5. Compétence de l'inspection du travail : les entreprises prestataires ²⁷

[121] Les organismes prestataires de service à la personne, qu'ils œuvrent sous le régime de l'autorisation ou de l'agrément sont des employeurs soumis comme les autres à la législation du travail, c'est-à-dire au Code du Travail et aux conventions collectives.

²⁶ Celles-ci ont porté sur 67 associations, 62 entreprises privées et 3 CCAS

²⁷ Et à la marge, les organismes mandataires, qui ne doivent pas être des employeurs

[122] Quelles que soient les dispositions contrôlées, les contrôles se font non pas sur les conditions de travail au domicile des personnes, mais sur les règlements intérieurs, les contrats de travail, l'existence ou non d'une information sur les produits dangereux (entretien), la prévention des risques lors des manipulations, l'inclusion du temps de transport entre deux domiciles d'intervention dans la durée de travail ...

4.2. Un contrôle au nom de l'Etat discordant

4.2.1. Une absence de directive interministérielle

[123] L'Etat central n'a pas établi de règles claires quant à l'exercice d'un contrôle conjoint. La circulaire du 15 mai 2007 précitée n'est pas signée par le ministre des Finances. L'inspection du travail considère que son indépendance exige de ne pas se voir imposer de plans de contrôles par le Préfet. Et certains services de la concurrence et de la consommation pensent que leur intervention, quand elle s'appuie sur le droit pénal, les oblige au secret.

4.2.2. Des tentatives de rapprochement des services au niveau départemental

[124] Quoiqu'il en soit, dans certains départements, les services déconcentrés commencent à mettre en place, sous l'égide de la direction du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, qui assure la délégation territoriale de l'agence nationale des services à la personne des modalités de contrôle coordonné.

[125] Les Pyrénées-Orientales ont établi un document de contrôle conjoint entre la DDASS, la DDTEFP et la DDCCRF et l'inspection du travail et invitent le Conseil général à participer à ces contrôles.

[126] Les Hauts de Seine recherchent, de même, à favoriser une action de contrôle de chacune de ces directions sur les opérateurs agréés « sous réserve » par la DDTEFP (cette notion n'a pas de sens juridique, mais recouvre les agréments donnés à des opérateurs qui, n'étant pas en fonctionnement ou pas totalement au moment de leur demande d'agrément, ont déposé un dossier dans lequel ils s'engagent à respecter les normes de l'agrément qualité, par exemple du point de vue des qualifications des cadres ou des intervenants).

4.2.3. Un contrôle conjoint au nom de la loi, indispensable

[127] Le risque de contrôles éclatés est de voir des contrôles de l'Etat aboutir à des injonctions contradictoires, par exemple entre le respect des prix ou des tarifs requis par le Conseil général ou la DDCCRF et celui des demandes de l'Inspection du travail qui impliquent des coûts supplémentaires. L'exigence de la DDASS en matière de bien-être des bénéficiaires, d'évaluation des risques de maltraitance se confronte parfois à une application stricte des règles du code du travail.

[128] En effet, l'équilibre économique de ce secteur est particulièrement fragile : une grande dépendance à l'égard des financements publics, un taux de marge très faible qui ne permet pas aux opérateurs d'améliorer facilement la qualité du service ou celle des conditions de travail, une certaine instabilité des personnels et des clients. Les injonctions normatives se heurtent donc souvent à ces intérêts économiques contradictoires. Sans parler de la tendance des professionnels de ce secteur à travailler « en indépendants », des demandes contradictoires des personnes et de leurs familles pour plus de protection ou plus de liberté, plus de qualité standardisée ou plus d'individualisation.

[129] L'application de normes abstraites, élaborées loin du terrain ne saurait tenir lieu de garantie de la qualité de la prise en charge des usagers les plus fragiles. Il est indispensable de voir sur le terrain et au plus près de l'utilisateur, comment les opérateurs fonctionnent.

4.3. Un contrôle entravé par le lieu d'exercice des intervenants

4.3.1. Le domicile des personnes n'est pas accessible aux autorités de contrôle

[130] Le Code de l'action sociale et des familles permet aux diverses autorités de contrôle de pénétrer dans les établissements pour y apprécier l'état de santé, le bien-être des bénéficiaires et en général leurs conditions de vie. Et ce, même si la chambre de la personne hébergée dans un établissement médico-social est considérée comme constituant son domicile privé.

[131] Mais, s'agissant du domicile des personnes, aucun article ne prévoit qu'une autorité puisse y entrer sans son autorisation. Il sera donc difficile de vérifier les soupçons de maltraitance énoncés par des proches, des voisins, dans les cas où la personne elle-même, soit incapable, soit sous emprise, ne se plaint pas. De même pour les soupçons de vol dont les familles font souvent état.

[132] Seule une plainte en justice, suffisamment étayée pourra justifier la venue des autorités mandatées par la justice au domicile d'une personne qui ne les y appelle pas.

4.3.2. La responsabilité finale des opérateurs

[133] En revanche, il y a une possibilité réelle du contrôle du travail effectué par les intervenants par leur hiérarchie proche :

- Certaines entreprises par exemple ont établi un système de « supervision » du travail fait de la manière suivante : l'intervenant travaille selon une périodicité régulière, alternant travail et récupération, le tout sur quinze jours. Lors d'une journée de récupération tous les dix ou quinze jours, elle est remplacée par une intervenante/coordinatrice ou encadrante qui peut ainsi vérifier sur place et auprès de la personne sa satisfaction, les problèmes éventuels...
- Le directeur du service d'aide à domicile du CCAS de Perpignan voyait «chaque intervenant au moins une fois par mois quand elle venait faire signer ses fiches d'heures pour l'établissement de sa paie et de la facturation ». Il pense que c'était une manière intéressante de suivre le travail et que depuis que la facturation se fait par le biais du recueil des CESU, il n'a pas encore trouvé de moyens de contacts réguliers avec les intervenants.
- Le suivi des interventions par télégestion ne constitue pas seulement un moyen simple d'établissement de la facturation et de la paie pour les opérateurs ; il représente un système de pointage des heures effectuées par les intervenants auprès de chaque personne, relevant que le temps payé est effectué et que l'intervention a lieu à heure exacte. C'est d'ailleurs bien ainsi que cela a été ressenti par certains professionnels qui ont critiqué ces formes de « flicage ». Il n'empêche que la télégestion constitue un moyen objectif de s'assurer de l'effectivité du service fait, pour chacun des acteurs. Le suivi quantitatif n'empêche pas le suivi et le soutien qualitatif, au contraire.

4.3.3. Un mode mandataire rénové ?

[134] L'importance de ce suivi par les encadrants de proximité montre bien pourquoi le mode prestataire apporte plus de garantie de qualité que le mode de gré à gré.

- [135] Pour l'heure, la fonction de mandataire a essentiellement eu pour objet de rapprocher les offres de services et les demandes et de faciliter pour les bénéficiaires la gestion administrative de l'emploi.
- [136] Certains organismes mandataires offrent en outre, en tout cas proposent, une « garantie » sur la qualité des intervenants, éventuellement leur coordination.
- [137] Mais le statut actuel du mandataire limite son intervention à une gestion du rapprochement et de la gestion administrative de la main d'œuvre. Dans certains cas, les DDCCRF font état de ce qui pourrait être considéré comme une « tromperie » sur le service rendu : en effet, des employeurs (ou leurs héritiers) ne sont pas vraiment conscients du fait qu'ils exercent cette responsabilité et notamment qu'ils sont redevables à leur salarié d'indemnités de licenciement en cas de fin d'intervention du fait d'une hospitalisation ou d'un décès. Il est donc nécessaire de bien préciser quelles sont les limites de l'intervention du mandataire.
- [138] L'ANSP et la CNSA étudient, dans le cadre du 5^{ème} risque, un statut de mandataire « qualité » qui pourrait être chargé par le département, par convention, de s'assurer de la qualité des interventions des salariés de gré à gré. C'est une proposition qu'il faut sans doute approfondir, sachant cependant que, lorsqu'on est dans une situation de pénurie de main d'œuvre, comme c'est le cas dans certains départements, les salariés de gré à gré en arrivent à demander des rémunérations supérieures qui peuvent amener à ce que le tarif mandataire ainsi rénové soit très proche, voire égal au tarif prestataire.

4.4. Conseil général, des pouvoirs réels de suivi de la qualité des opérateurs

4.4.1. Des textes trop peu explicites pour mettre fin aux interventions de mauvaise qualité

- [139] On l'a vu ci-dessus, il est difficile pour les Conseils généraux de retirer une autorisation et il n'existe pas de sanction intermédiaire s'agissant de défauts dans la qualité de l'intervention. En effet, baisser les tarifs n'arrangerait pas la situation et les augmenter n'améliore la situation que si l'opérateur est bien organisé et souhaite renforcer la qualité de ses interventions.
- [140] Quant à l'agrément, le Conseil général n'a pas plus de pouvoir de retrait, sauf cependant à saisir le Préfet, soit pour que l'agrément soit retiré pour non-conformité au cahier des charges, soit pour qu'il diligente une inspection de la DDASS.

4.4.2. Une implication des services du Conseil général dans l'établissement et le suivi des plans d'aide

- [141] Mais c'est le Conseil général qui, dans l'établissement des plans d'aide et dans l'animation de la politique en direction des personnes âgées, est le mieux placé pour connaître la réalité des interventions à domicile. Les équipes APA sont fondées à visiter les personnes pour s'enquérir de leur satisfaction et si elles ne peuvent pas leur imposer un changement de prestataire, elles aussi peuvent en cas de défaillance grave saisir la DDASS et sinon inciter les prestataires ou les salariés de gré à gré à améliorer leur intervention.
- [142] Dans les Hauts de Seine qui disposent d'équipes médico-sociales APA relativement nombreuses (autant qu'en Val-de-Marne et plus qu'en Eure-et-Loir, Bouches-du-Rhône et Haute-Corse aux termes de l'enquête de l'IGAS en cours sur le contrôle de l'APA, rapport n°...) et très mobilisées, ce travail de suivi de proximité est l'essentiel du contrôle, le département n'ayant mis en place aucun contrôle de l'effectivité.

- [143] Dans l'Ain, ce contrôle et ce suivi semblent avoir été délégués aux têtes de réseau des opérateurs associatifs autorisés. Ce système manque un peu de la présence de tiers. Néanmoins, il existe dans ce département une très bonne connaissance du terrain local par les équipes du Conseil général, de la CRAM et de la MSA qui travaillent conjointement.
- [144] Dans les Pyrénées-Orientales, les services du Conseil général procèdent, comme on l'a exposé ci-dessus à des audits dans le cadre de la délivrance de ce qu'ils appellent un label mais qui s'apparente à une politique classique de conventionnement dans laquelle sont énoncées des exigences qualité concrètes et définies les modalités de leur contrôle. C'est, on l'a vu, cette voie du conventionnement que prône la CNSA qui prévoit l'octroi des fonds de modernisation non plus par appel à projets de chaque opérateur, mais en concluant une double convention, de la CNSA pour l'ensemble du département et de chaque département avec les opérateurs choisis²⁸..
- [145] A condition que ces dispositifs de conventionnement respectent le droit de la concurrence (ouverts à tous les opérateurs qui s'engagent sur les exigences requises sur appel d'offres) et ne constituent pas un dispositif supplémentaire s'empilant sur ceux engagés avec l'ANSP et l'ANACT ou s'additionnant avec des systèmes de labellisation ou de certification, les Conseils généraux paraissent les plus à même de garantir un suivi et un contrôle effectif et concret de la qualité de l'intervention, sur fond de contrôle par les services de l'Etat de l'application de la loi par les opérateurs.

5. COMMENT AMELIORER LA QUALITE DES INTERVENTIONS DES SERVICES A DOMICILE POUR PERSONNES AGEES ?

- [146] Les enquêtes menées auprès des têtes de réseau, tant administratives que fédératives comme les entretiens effectués dans trois départements ont permis de compléter la très riche littérature parue sur le sujet des services à la personne dans les deux dernières années. Au premier titre desquelles nous citerons le rapport bilan de la loi de 2005 établi par Michèle Debonneuil, inspectrice générale des finances, qui insiste à juste titre sur l'importance du levier qualité pour développer quantitativement l'offre et la demande d'emplois dans les services à la personne.
- [147] Le secteur d'intervention à domicile que nous avons choisi d'analyser spécifiquement est encadré par deux législations, c'est à cette complication qu'il s'agit de remédier d'abord.
- [148] Mais la simplification législative ne saurait tenir à elle seule lieu de levier d'amélioration de la qualité. Le moyen le plus évident tient à l'amélioration de la qualité des personnels, de leur encadrement et de l'organisation locale du maintien à domicile et son intégration dans une coordination globale de la politique en faveur des personnes âgées. S'agissant de la lutte contre la non qualité, le moyen le plus évident, est celui du contrôle. On l'a vu, il paraît défailant et masquer ses insuffisances par une prolifération de procédures d'évaluation et de certification coûteuses et plus ou moins adaptées ne nous paraît pas efficient.
- [149] Dans un cadre législatif simplifié, il s'agirait pour l'Etat de s'assurer que les grands principes législatifs s'appliquent : de respect de la concurrence et de protection des usagers à domicile ; de garantie de respect de la sécurité et de la santé des usagers fragiles pris en charge par un service d'aide à domicile ; de respect du code du travail.

²⁸ Reste à voir si la CNSA ne rajoute pas une nouvelle couche de normes nationales au lieu de faire la différence entre les normes législatives dont il appartient aux services de l'Etat de contrôler l'application et les exigences définies au niveau départemental qui seront forcément très diverses selon les territoires

[150] L'article L.113-2 du code de l'action sociale et des familles stipule que c'est au département qu'il revient de définir, coordonner, organiser la politique d'action sociale et les équipes médico-sociales au niveau du territoire. Dans le cadre de conventions que le Conseil général peut passer, encouragé par la CNSA, avec les opérateurs, il s'agit bien de développer des interventions de qualité grâce à un meilleur encadrement et une animation et une formation bien adaptées. C'est en effet, plus au niveau du bassin de vie, au plus proche des usagers et de leurs familles qu'il convient d'organiser l'aide à domicile pour les personnes âgées et un système de recours et de traitement des plaintes réactif.

5.1. Clarifier et simplifier la réglementation

[151] On l'a noté, le foisonnement des textes législatifs et réglementaires²⁹ et leur harmonisation entraînent une telle complexité qu'un organisme d'Etat comme l'agence nationale du service à la personne a dû recourir aux services d'un cabinet d'avocats privé pour expliciter les conséquences de ces différents textes, notamment au regard du droit européen. Cette étude, fort bien faite au demeurant, plaide pour une application du régime de l'autorisation qui ne nuise pas à l'installation d'autres services économiques d'aide à la personne, ni n'institue une sorte d'entente sur les tarifs entre quelques opérateurs. Elle montre bien que, seules des raisons d'intérêt général bien explicitées peuvent justifier l'attribution de droits exclusifs ou spéciaux à certains organismes de même que des subventions, qui en tout état de cause doivent être déclarées ou transparentes.

[152] La simplification que nous proposons n'a donc pas pour seul motif, qui suffirait pourtant, de mettre fin à une complication législative telle que nul n'y retrouve de cohérence. Elle vise aussi à mettre fin aux logiques contradictoires à l'œuvre dans ce secteur.

5.1.1. Un seul régime pour l'exercice de l'aide à domicile

[153] Les exigences, tant en termes d'évaluation de la qualité que de respect des droits des usagers, sont identiques dans les régimes d'autorisation ou d'agrément qualité. Différent juste la périodicité des évaluations requises, la fixation du tarif et son évolution.

[154] Mais la coexistence de deux logiques d'intervention publique pour ces services a induit des stratégies publiques très différentes d'un département à l'autre. Certes, la diversité est la marque d'une décentralisation réelle. Mais, dans certains cas, on assiste au déni d'un droit au profit de l'autre. L'application du régime de l'autorisation a abouti à interdire le secteur à certains opérateurs et a installé les autres dans une situation sinon de monopole, du moins de concurrence très atténuée, sans forcément d'exigence de qualité. Dans d'autres cas, la loi de 2002-2 est devenue lettre morte, tous les opérateurs se situant du point de vue de l'agrément qualité et le département ne tarifant pas les opérateurs autorisés.

[155] D'un point de vue économique, l'existence d'un secteur autorisé ne se justifie que si l'ensemble des établissements du secteur doivent être autorisés. En effet, la tarification, qui accompagne l'autorisation, est assise sur une prévision du nombre d'interventions comme du montant des dépenses. Mais l'ouverture du secteur à des services libres (au départ) de fixer leurs prix, pourrait générer des fluctuations dans la réalisation de ces dépenses qui aboutiraient in fine à renchérir beaucoup le coût unitaire des interventions et à charger les finances départementales de la reprise des pertes budgétaires de certains organismes.

²⁹ Nous avons tenté de rassembler et d'analyser l'important corpus de textes législatifs et réglementaires et de circulaires dans l'annexe n° 3, « Législation et réglementation ».

- [156] Certes, des départements peuvent « réserver » aux opérateurs autorisés, par divers biais, l'essentiel des interventions financées par l'allocation personnalisée d'autonomie : c'est le cas de l'Ain qui n'accorde pas d'autorisation à de nouveaux opérateurs, et ne paie les prestations vendues par les opérateurs agréés qualité qu'au prix du tarif mandataire. Dans les Pyrénées-Orientales, les opérateurs agréés sont remboursés à un tarif inférieur d'environ 2 Euros par heure par rapport aux opérateurs autorisés. Ce qui leur laisse, malgré tout, la possibilité d'intervenir et de demander une autorisation dans la deuxième ou troisième année d'intervention. Le département se dit "non fermé" aux demandes d'opérateur à but lucratif. Mais il n'a pas encore accordé d'autorisation.
- [157] Quoiqu'il en soit, d'une part l'existence de deux régimes et l'absence de règles claires fixées par un texte d'un niveau qui s'impose aux collectivités territoriales est de nature à favoriser à terme des contentieux complexes et coûteux, d'autre part le flou introduit par l'inflation des textes ne permet ni une régulation légale et rationnelle de l'offre par les Conseils généraux, ni une meilleure définition et une coordination de la politique d'aide au maintien à domicile des personnes âgées qui le souhaitent.
- [158] La mission estime donc qu'il faut supprimer l'un des deux régimes. L'agrément qualité recouvre un champ d'activités plus large et un éventail d'opérateurs plus diversifiés que l'autorisation. En outre, pour l'essentiel les exigences introduites par la loi 2002-2 pour les services d'aide à domicile ont été reprises par les textes relatifs à l'agrément qualité et au droit d'option. La mission propose donc de supprimer le régime d'autorisation pour les services à domicile.

Recommandation n°1 : **Supprimer le régime d'autorisation (L.312-1, 6°, deuxième alinéa) pour les services à domicile pour personnes âgées. Pour cela, supprimer dans l'article L.312-1, 6° deuxième alinéa, « les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées... ». Ce membre de phrase : « ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale » ainsi que toutes les mentions relatives à ce régime d'autorisation des SAD contenues dans le code de l'action sociale et des familles.**

5.1.2. Un tarif de responsabilité et une liberté contractuelle

- [159] La liberté contractuelle de fixation des tarifs des services n'est pas de nature à favoriser les dérives, dès lors que les règles d'application en matière d'information des usagers sur le prix et la nature du service, de délai de rétractation pour les démarchages à domicile sont bien respectées. Les contrôles de la direction départementale de la concurrence et de la répression des fraudes permettent de s'en assurer et devraient être menés (cf. section consacrée au contrôle) selon un plan concerté avec les autres services de l'Etat dans les départements.
- [160] Aux termes de la législation et de la réglementation du Code du travail relative à l'agrément des opérateurs de service à la personne, repris dans la circulaire du 15 mai 2007 :
- [161] *« Le prix des prestations, fixé librement dans le cadre d'un contrat conclu entre l'organisme et le bénéficiaire varie dans la limite d'un pourcentage fixé par arrêté du ministre chargé des finances, compte tenu de l'évolution des salaires et du coût des services. Une dérogation à ce taux peut être accordée par le Préfet en cas d'augmentation importante des coûts d'exploitation résultant de l'amélioration des prestations existantes ou de la modification des conditions de gestion ou d'exploitation. »*
- [162] *Compte tenu du principe de liberté des prix des prestations à la signature des contrats, ces dérogations revêtent un caractère exceptionnel et doivent s'appuyer sur un dossier économique et financier complet. Elles sont le plus souvent instruites par les DDCCRF.»*

- [163] Compte tenu de la faible marge dégagée par la production de ces services et de l'importance de l'amélioration de leur qualité par la formation et l'encadrement des intervenants, il convient d'éviter que la régulation du prix devienne cause de non qualité. Il faudrait donc instruire les demandes de dérogation de manière souple, quand elles représentent une amélioration réelle de la qualité.

Recommandation n°2 : Prévoir que les augmentations de prix qui résulteraient d'une amélioration de la qualité bénéficiant directement aux usagers pourrait être répercutées sur l'évolution des tarifs dès lors qu'il apparaîtrait qu'elle pourrait mettre en péril l'équilibre économique des prestataires de service à domicile agréés qualité.

- [164] Les financeurs de l'APA paient celle-ci de différentes manières :
- ils remboursent sa part d'APA au bénéficiaire sur la base du tarif pratiqué par l'opérateur ;
 - ils remboursent la part d'APA calculée sur un tarif (de responsabilité³⁰) qu'ils ont fixé. ;
 - dans le cadre de conventions, ils peuvent imposer un tarif obligatoire à tous les opérateurs (tarif opposable) ;
 - ils peuvent aussi, dans le cadre conventionnel, imposer un tarif à chaque opérateur.

- [165] Fixer un tarif de responsabilité et non pas un tarif opposable, comme pour les personnes handicapées risque d'introduire des difficultés d'accès aux services, en fonction des « dépassements » pratiqués. Pourtant, il paraît difficile d'exiger des opérateurs qu'ils pratiquent tous le même tarif, quelles que soient leurs conditions de développement, l'importance de leur chiffre d'affaire etc., les conditions géographiques dans lesquelles ils interviennent, l'offre de main d'œuvre dans le territoire. En revanche, il serait possible que les prestataires soient conventionnés avec les départements et qu'en échange d'engagements de modération des dépassements par rapport d'un tarif de responsabilité, ils bénéficient d'aides à la qualité : formation des intervenants, des encadrants ; aide à la télégestion. De plus, on peut imaginer que dans ces conventions les départements mettraient en place, avec les opérateurs conventionnés un dispositif de tiers payant. Comme on l'a exposé dans la partie consacrée aux dispositions législatives régissant l'autorisation et l'agrément qualité (3-3-1- Un fouillis législatif), encadrée par un système conventionnel et par la spécificité de la demande des bénéficiaires de l'APA, pour une large part faiblement solvables au-delà du plafond de cette allocation, l'inflation des prix de l'offre de services à la personne ne paraît pas un vrai risque, sinon en faveur d'une réelle amélioration de la qualité, dont on ne peut pas interdire le développement, même si la régulation des finances publiques ne permet pas d'espérer qu'elle sera universellement proposée.

Recommandation n°3 : Si la proposition visant à faire œuvrer tous les services à domicile au régime de l'agrément qualité était retenue, la procédure de paiement de l'APA devrait se faire en appliquant un tarif de responsabilité, le même pour tous les opérateurs quel que soit le tarif qu'ils pratiquent contractuellement ; mais les départements pourraient impulser par conventions avec les opérateurs une modération des coûts en échange d'aides concrètes apportées par le Conseil général à l'amélioration de la qualité du service : formation des intervenants et des encadrants, aide à la gestion, audits de qualité et, éventuellement, mise en place d'un système de tiers payant.

Recommandation n°4 : Si devaient subsister deux régimes, les services à domicile agréés et non autorisés devraient bénéficier d'un tarif de responsabilité égal à la moyenne des tarifs obligatoires des prestataires autorisés et cette obligation devrait être mentionnée dans un article de loi ;

³⁰ On le rappelle, le droit des assurances nomme « tarif de responsabilité » le tarif qui sert de base au financeur (assurance, caisse de sécurité sociale, financeur public...) pour établir sa part de prise en charge. Ce tarif peut être opposable, c'est-à-dire qu'il s'impose aux professionnels. C'est le tarif qui « met en jeu la responsabilité de l'assureur ». Quand le tarif n'est « que de responsabilité », il n'empêche pas le professionnel d'appliquer un tarif plus élevé. Sauf convention limitant les prix pratiqués par les professionnels, comme celles qui lient les professionnels de santé et l'assurance maladie ou diverses mutuelles.

5.1.3. Protéger les personnes âgées des risques de captation de leurs biens

[166] Comme on l'a exposé ci-dessus, aucune disposition législative ne protège les bénéficiaires et leurs familles de la captation d'héritage par un gestionnaire ou professionnel de l'aide à domicile. Si l'interrogation systématique de nos interlocuteurs nationaux n'a pas permis à la mission d'avoir un avis objectivé sur l'existence effective de captations d'héritage, les déplacements en province ont parfois été plus éclairants. Sans conteste, la chose n'est pas inexistante et en tout cas, les familles peuvent la craindre. (Même si certains interlocuteurs ont fait remarquer que les plus âpres à liquider l'héritage, même avant le décès du légataire, pouvaient être des membres de sa famille).

[167] Il ne s'agit pas de soupçonner systématiquement des professionnels souvent dévoués parce qu'ils ne sont pas très bien rémunérés et fortement soumis par les personnes elles-mêmes à la tentation. Ni d'interdire toute gratification supplémentaire au tarif, donnée par des personnes âgées ou leurs proches qui ont noué avec eux des relations de confiance et d'affection. Mais il serait regrettable que le comportement manipulateur de quelques uns suscite la défiance envers tous et il est plus simple de supprimer la possibilité de tester en faveur des professionnels de l'aide à domicile, sans interdire des gratifications raisonnables. C'est ce que prévoit l'article 909 du code civil, qui, dans sa rédaction applicable à compter du 1^o janvier 2009 excepte des dispositions entre vifs ou testamentaires : « *les dispositions rémunératoires faites à titre particulier, eu égard aux facultés du disposant et aux services rendus ; les dispositions universelles dans le cas de parenté jusqu'au quatrième degré inclusivement, pourvu toutefois que le décédé n'ait pas d'héritiers en ligne directe ; à moins que celui au profit de qui la disposition a été faite ne soit lui-même du nombre de ces héritiers* ».

[168] La mission estime qu'il devrait être possible dès lors d' :

Recommandation n°5 : Introduire dans l'article L.331-4 du Code de l'action sociale et des familles qui interdit la donation ou le testament, dans les termes fixés par L.909 du Code civil, d'une personne âgée en faveur des professionnels de l'établissement qui l'héberge, un membre de phrase visant également les personnes physiques ou morales, propriétaires, administrateurs ou employés des organismes gérant des services à domicile en faveur des personnes âgées ou handicapées ainsi que les personnes employées directement ou par l'intermédiaire d'un mandataire par des personnes âgées ou handicapées.

5.1.4. Aménager les conditions de calcul de l'APA pour en améliorer la qualité

[169] Actuellement, le niveau de l'APA est conditionné d'une part par la position de la personne sur la grille évaluant la perte d'autonomie (GIR) et d'autre part ses ressources.

5.1.4.1. Evaluer la capacité de la personne ou de son entourage à manager les intervenants

[170] La mission a constaté que, quand le bénéficiaire ou ses proches ne sont pas en mesure de coordonner et d'encadrer des intervenants parfois multiples, seul le recours à un prestataire était à même de garantir un niveau minimum de qualité. C'est pourtant souvent dans des cas de ce type que le niveau plafond de l'APA oblige à recourir soit à un mandataire, soit à plusieurs salariés de gré à gré. Au risque du déni des travaux réputés les moins gratifiants (l'aide domestique par exemple, mais aussi le fait de donner des soins très doucement à un bénéficiaire atteint de la maladie d'Alzheimer et très ralenti dans ses réflexes...) chaque intervenant renvoyant sur l'autre la tâche honnie : c'est la problématique de "qui veut bien passer la serpillère ?". C'est pourquoi, malgré les difficultés exposées en partie 3-5-1, il convient de renforcer « l'incitation » à recourir à un prestataire quand n'existe pas au domicile du bénéficiaire cette capacité de management des aidants :

Recommandation n°6 : Ajouter à l'article 232-6, deuxième alinéa, l'item suivant : » Dans les cas de perte d'autonomie les plus importants ou lorsque ni la personne, ni son entourage ne sont en mesure de manager et coordonner les intervenants requis par son état de dépendance....

Recommandation n°7 : Relever le plafond d'APA dans ces cas et diminuer de plus de 10% leur participation à une aide de gré à gré pour les personnes visées.

Recommandation n°8 : Introduire une disposition obligeant les bénéficiaires visés les plus fragiles à un recours minimal à un prestataire, dont une partie du service devrait être consacré à la coordination de l'ensemble des aidants.

5.1.4.2. Approfondir la perspective d'un statut mandataire incluant une fonction rémunérée d'encadrement des intervenants

[171] Certains estiment que le recours augmenté aux intervenants de gré à gré, induit par une recherche d'économie, pourrait être compensé par une coordination effectuée par des mandataires au statut renouvelé, délivrant une prestation qui s'apparenterait à un suivi, coordination des intervenants. Cette situation poserait malgré tout des problèmes. Car si la coordination peut être faite directement entre les mandataires et les professionnels, le suivi et le contrôle du travail effectué implique un lien de subordination entre l'encadrant et l'intervenant. Or c'est le bénéficiaire qui reste l'employeur.

[172] D'autre part, un travail plus important pour le mandataire en augmenterait le prix et l'apparenterait à celui d'un prestataire.

Recommandation n°9 : Mettre à l'étude un statut du mandataire « conseil qualité » qui serait chargé (et rémunéré) outre ses fonctions de rapprochement entre une main d'œuvre et des employeurs particuliers, d'exercer une forme légère d'encadrement/coordination des interventions.

5.1.4.3. Augmenter l'aide publique aux personnes âgées devant recourir à une aide à domicile

[173] Toute amélioration de la qualité, de l'encadrement, de la formation, de la prestation aura une incidence sur le coût du service. Soit les personnes se détourneront de la prestation pour recourir plus massivement encore aux salariés de gré à gré, plus ou moins déclarés, sans formation, ni encadrement, soit il faudra augmenter le montant des aides publiques pour les bénéficiaires les moins solvables.

[174] Actuellement, les problèmes de solvabilité les plus importants se posent pour les personnes très dépendantes (GIR 1 et 2), pour lesquelles il peut être difficile de finaliser un plan d'aide à l'intérieur de l'enveloppe APA. Lorsque ces personnes disposent de ressources importantes, certes elles paient une participation plus importante, qui peut aller jusqu'à 90% du plafond, mais elles peuvent également bénéficier de la déduction fiscale des sommes restées à leur charge, à hauteur de 15 000 Euros par an. Ce qui correspond à l'engagement par le bénéficiaire, sur ses ressources, de sommes équivalant à 2 500 Euros par mois, auxquelles s'ajoutent dans tous les cas au moins 100 Euros d'APA, soit 2 600 Euros par an. En revanche les personnes qui ne bénéficient que d'une retraite minimale, environ 670 Euros par mois, disposeront de 1 000 Euros par mois d'APA. On constate donc que les personnes les plus fortunées sont également les plus aidées, pour un besoin de dépendance identique.

- [175] Il devrait être possible d'affecter une partie des sommes gagnées à des crédits d'impôt, au moins au bénéfice des personnes classées en groupes iso-ressources 1 et 2, en plafonnant la déduction fiscale pour personnes âgées à moins de 15 000 Euros. Cette solution aurait le mérite d'égaliser au moins l'aide publique à la dépendance. Une telle opération n'aurait pas d'effets sur l'emploi, dès lors que les personnes à faible revenu se verraient octroyer les sommes nécessaires à l'emploi des professionnels, éventuellement moins employés par les plus riches, du fait du plafonnement de la déduction fiscale.
- [176] D'autre part, les bénéficiaires classés en groupe iso-ressources 4 sont moins consommateurs d'heures d'aide que ceux classés en groupes iso-ressources 1 et 2, qui nécessitent une aide plus importante et mieux justifiée. La possibilité de l'augmentation de ceux-ci à hauteur d'une faible diminution des groupes iso-ressources 4 mérite d'être étudiée.

Recommandation n°10 : Redéployer les aides dans l'enveloppe globale des finances publiques (Etat, Sécurité sociale, CNSA, Départements) :

- **augmenter les plafonds des GIR 1 et 2 et baisser à dû besoin celui du GIR 4 ;**
- **étendre les crédits d'impôts aux personnes non actives, pour l'aide aux personnes âgées dépendantes.**
- **baisser éventuellement les plafonds de déduction fiscale**

5.1.4.4. Allocation personnalisée d'autonomie et recouvrement sur succession

- [177] Actuellement, l'APA n'est pas recouvrable sur succession.
- [178] Aux termes de la loi du 20 juillet 2001, l'article L.232-19 du code prévoit, *Les sommes servies au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie ne font pas l'objet d'un recouvrement sur la succession du bénéficiaire, sur le légataire ou sur le donataire.*
- [179] La question des successions est, on le sait, délicate en France. L'expérience de la prestation spécialisée dépendance a démontré un refus d'y recourir de la part de personnes âgées craignant que ce recours n'obère la transmission familiale de leur patrimoine. Car même s'il est avéré que les collectivités ne recouvrent pas en dessous de certaines sommes, il suffit d'agiter ce chiffon rouge pour faire monter la tension.
- [180] Certains estiment d'ailleurs que l'équité consiste à ce que les personnes ne souffrent pas du fait d'avoir eu un parent dépendant, la question de l'égalité entre les personnes qui héritent et celles qui n'héritent pas devant se régler en dehors de la question de la dépendance.
- [181] Reste que d'une part, très clairement, le non recours sur succession avait été imaginé pour inciter les personnes à rester à domicile, incitation qui n'existe plus dès lors que c'est toute la prise en charge de la dépendance, en établissement ou à domicile qui échappe au recouvrement. D'autre part, la part de fonds publics et donc de prélèvements obligatoires nécessaire à la prise en charge de la dépendance ne saurait qu'augmenter. Cette augmentation sera à répartir entre les bénéficiaires et les contribuables : l'augmentation de la part des bénéficiaires pourra se faire soit en faisant évoluer le barème de participation pour augmenter celle des plus fortunés, soit en faisant évoluer les plafonds d'aide moins vite que l'augmentation de leur coût. Auquel cas, ce seraient tous les bénéficiaires qui en pâtiraient, mais les bénéficiaires les plus riches pourraient compléter leur plan d'aide par un recours à des interventions aidées fiscalement (puisque étant plus riches ils bénéficient de crédits d'impôts).
- [182] Soit, on augmente l'effort de tous en direction des personnes dépendantes et de leurs familles, en augmentant pour tous les aides.

[183] Soit on augmente le montant des aides, en corrélant l'ensemble des aides, APA et aides fiscales, pour déterminer un barème de restes à charge en fonction des ressources du bénéficiaire et de ses héritiers. C'est dans ce contexte et dans cette perspective qu'il peut être mis à l'étude le recouvrement sur succession à partir d'un patrimoine équivalent à un certain nombre d'années d'aide.

Recommandation n°11 : Mettre à l'étude les hypothèses d'augmentation de l'aide versée à tous les bénéficiaires souffrant d'un certain degré de dépendance (GIR 3 ou 2 et 1) en mettant en œuvre un calcul qui permette une appréciation globale de toutes les aides publiques, quelle que soit leur nature, et toutes les formes d'équilibrage, y compris éventuellement le recours sur succession à partir d'un certain niveau de patrimoine.

5.2. Renforcer les contrôles à tous les niveaux

[184] La mission a pris connaissance et a analysé les différents modes d'évaluation, de certification et d'octroi de labels élaborés ou en cours d'élaboration.

[185] Ainsi que cela a été exposé, il ne lui semble pas efficient de continuer à développer ce type d'approche, dont le coût rapporté au coût des interventions paraît élevé.

[186] En revanche, les contrôles de la conformité des interventions par rapport aux différentes législations doivent être renforcés, de même qu'un contrôle moderne de l'effectivité du paiement de l'APA et de la réalité des interventions.

5.2.1. Eviter la prolifération des évaluations et certifications diverses et variées

[187] La loi de 2002-2 a introduit l'évaluation dans le secteur médico-social. Cette démarche devrait permettre d'améliorer la qualité de l'accueil et du respect des usagers dans la plupart des établissements. L'approche globale, qui englobe les exigences gestionnaires, de qualité du service, de formation des personnels, de prévention et de lutte contre les mauvais traitements et pour l'amélioration de la qualité du service est essentielle.

[188] Plusieurs motifs poussent la mission à proposer cependant de ne pas suivre la voie de l'extension de ces méthodes pour améliorer la qualité des services à domicile :

- les services à domicile sont organisés de manière simple, les niveaux hiérarchiques y sont rarement supérieurs à trois, la complexité de l'intervention est faible ;
- les services à domicile prestataires sont très sévèrement concurrencés au niveau prix par les services rendus par des salariés employés directs des bénéficiaires : toute augmentation, même minime du prix de la prestation crée un effet d'éviction et un renvoi sur les salariés de gré à gré ;
- la diversité des besoins des bénéficiaires rend difficile la standardisation des interventions et partant des démarches de certification parfois très procédurales ;
- la faiblesse de l'appareil administratif et gestionnaire des opérateurs d'aide à domicile rend toute démarche qualité coûteuse, car elle nécessite l'engagement de personnels spécialisés et ne peut pas être effectuée sur les marges de productivité existantes.
- il existe des risques importants dans le secteur d'accointance de divers prestataires qualité avec les grandes fédérations ; dès lors chaque fédération a tendance à vouloir développer son propre système de certification ou d'octroi de labels. Démarche qui renchérit les coûts évoqués.
- les démarches de certification et d'octroi de labels analysées sont pour large part une mise en forme à peine modifiée des normes réglementaires et législatives, ce qui interroge sur leur réelle plus value, sinon publicitaire.

- [189] C'est pourquoi la mission ne prône pas le développement de la certification, des labels, en tout cas dans un paysage qui resterait régi par une réglementation normative très exigeante – autorisation ou agrément qualité.

Recommandation n°12 : Ne pas inciter les opérateurs ni les têtes de réseau à développer de nouvelles démarches de certification, ni d'évaluation. A tout le moins ne pas en faire supporter le coût par des financements publics.

5.2.2. Faire exercer pleinement leurs compétences de contrôle et de recours par les services de l'Etat

- [190] La mission est bien consciente de la fragilité du paysage institutionnel actuel des services déconcentrés de l'Etat.
- [191] Néanmoins, une chose est sûre, le contrôle sera, quelles que soient les nouvelles configurations régionales ou départementales des services en charge du médico-social, de l'inspection du travail, de l'emploi, de la concurrence et de la répression des fraudes, une prérogative à exercer par ces services départementaux ou régionaux et ce de manière coordonnée.
- [192] En effet, comme on l'a établi dans le constat, les différentes législations ont établi des normes en matière de respect de la santé, de la sécurité et du bien être physique et moral des personnes âgées prises en charge par les différents services, de respect d'exigence de qualité par les services prestataires ou mandataires, de respect du droit du travail par les employeurs de salariés, y compris particuliers, de protection des consommateurs contre notamment le démarchage à domicile, l'information incomplète, la tromperie sur le produit.
- [193] De même, les services de recouvrement des cotisations sociales et les services fiscaux doivent appliquer les textes instituant des déductions aux seuls employeurs de services à la personne remplissant certaines conditions quant à l'agrément de l'opérateur, l'âge des bénéficiaires, la nature des prestations donnant lieu à déduction.
- [194] Les services de l'Etat, central ou déconcentré ont donc compétence pour vérifier que ces normes sont appliquées.
- [195] Tous les services cités, y compris l'inspection du travail, disposent du pouvoir de contrôle sur pièces et sur place auprès des prestataires et pour part auprès des mandataires de leur respect de la loi. Tous les services cités ont également compétence pour traiter les plaintes des usagers, y compris, quand celui-ci en est d'accord, par une enquête sur place, au domicile.
- [196] C'est pourquoi la mission propose que l'Etat cesse de créer ou d'aider à créer sans cesse de nouveaux systèmes normatifs, des guides et des référentiels, des agences et des organismes habilités pour effectuer des bilans, des évaluations internes et externes, des audits de certification dont on ne sait pas qui les traitera, quelles en seront les effets et comment ils seront conduits sur un temps long, notamment à quel coût.

Recommandation n°13 : Faire exercer par tous les services de l'Etat compétents, dans le département ou la région, un contrôle coordonné, conjoint et régulier des normes législatives et réglementaires qui régissent les services à la personne rendus aux personnes âgées et dépendantes par des opérateurs prestataires et mandataires.

- [197] En matière de recours de l'usager, il est prévu que les plaintes ou réclamations soient traitées et recueillies par les opérateurs eux-mêmes. On l'a vu, le système de médiation prévu par la norme de l'agrément qualité n'a pas vu le jour. Par ailleurs, il existe au niveau national et dans un département comme les Hauts de Seine, des téléphones verts sur la maltraitance. Les représentants des usagers seraient favorables à une organisation plus territorialisée du recueil et du traitement des plaintes et réclamations.

Recommandation n°14 : Charger les services du représentant de l'Etat dans le département et du Conseil général d'organiser un système de recueil et de traitement des plaintes des usagers et de leurs familles qui soit connu, facilement accessible, rapide et approfondi.

5.2.3. Articuler le contrôle des services de l'Etat en appui aux services du Conseil général

- [198] Le Conseil général a compétence pour contrôler les opérateurs à divers titres ; versement de l'APA, coordination de la politique en direction des personnes âgées, avis donné pour la délivrance de l'agrément qualité aux services d'aide à domicile. Il est en quelque sorte ordonnateur de la prestation puisque ce sont ses services qui établissent le plan d'aide.
- [199] Il paraît donc important que les services de l'Etat conservent une compétence de contrôle de l'application générale des lois, tout en permettant au Conseil général de disposer des conclusions de ces contrôles pour mieux organiser la politique d'aide au maintien à domicile des personnes âgées au niveau du département.

Recommandation n°15 : Mettre en place, à l'initiative du préfet, au niveau départemental, une cellule contrôle qualité des services à la personne, réunissant tous les services de l'Etat et des organismes sociaux et les services du Conseil général pour programmer et tirer les conséquences des contrôles effectués.

Recommandation n°16 : Prévoir que les inspecteurs des affaires sanitaires et sociales et les médecins inspecteurs viennent en appui aux services chargés de l'instruction et du renouvellement des agréments qualité et aux services du Conseil général pour le contrôle de la qualité de service des services d'aide à la personne, en particulier pour tout ce qui touche à la sécurité, la santé, le bien être moral et physique des bénéficiaires.

5.2.4. Mettre en place un contrôle de l'effectivité de l'allocation personnalisée d'autonomie, du côté des usagers et des opérateurs

- [200] On l'a vu plus haut, il existe 2 systèmes - pour l'heure peu développés en France –qui permettent de garantir que l'APA a été effectivement utilisée à ses fins : la télégestion et le CESU préfinancé.
- [201] Le système de télégestion a le mérite de la simplicité et de l'automatisation de tâches de gestion lourdes et répétitives. Il décharge entièrement le bénéficiaire des tâches de gestion de son allocation. Il est, passé le premier investissement, sans doute moins coûteux pour les opérateurs. Il offre une plus grande sécurité quant au contrôle de l'effectivité que le système du CESU préfinancé, puisque la facturation ne peut être enclenchée que par la présence effective de l'intervenant, heure par heure.

- [202] En revanche, certains départements pourraient craindre que le système ne soit si transparent et si commode que les bénéficiaires ne se rendent plus compte de l'aide apportée par la collectivité publique. C'est le point de vue du Conseil général des Pyrénées-Orientales qui voit comme principal avantage au CESU préfinancé, le fait que le bénéficiaire sache « qui paie le service ». Certains opérateurs estiment d'ailleurs que les indus dont parlent les départements étaient surtout générés par une volonté de ne pas braquer les bénéficiaires/électeurs.
- [203] Quoiqu'il en soit, il devrait être possible à terme de combiner les avantages des deux systèmes et notamment de prévoir un système de télégestion générant des « factures » du service rendu adressées périodiquement aux bénéficiaires. Il faudrait d'autre part que le système du CESU préfinancé soit plus neutre vis-à-vis des différents régimes d'intervention : actuellement seuls les prestataires et les mandataires acquittent une commission auprès de l'émetteur.

Recommandation n°17: Mettre en place des systèmes de gestion qui permettent de contrôler l'effectivité de l'emploi de l'APA, en privilégiant une solution technique la plus appropriée et la moins coûteuse pour chacun des partenaires et en assortissant le tiers payant d'un récapitulatif périodique des dépenses publiques effectuées au bénéfice des allocataires.

5.3. *Promouvoir l'amélioration de la qualité par des mesures concrètes et adaptées aux territoires*

- [204] L'enjeu, face aux besoins sociaux croissants liés au vieillissement de la population, est de mettre en œuvre une organisation qui produise le maximum de qualité de service pour l'usager, en l'occurrence la personne âgée à domicile, dont les facultés physiques et/ou mentales déclinent progressivement. La problématique pourrait s'élargir bien sûr à d'autres services à la personne, et notamment la garde d'enfant ou les personnes handicapées en particulier.
- [205] Dans cette optique, le Conseil général, du fait de ses compétences sociales et de son financement, ainsi que de sa proximité avec le terrain, est en première ligne et sa responsabilité serait judicieusement renforcée en la matière. Ceci est d'autant plus important que serait supprimé le régime « d'autorisation » au profit d'un dispositif d'agrément qualité unique. Le Conseil général est aussi le mieux à même d'ajuster les interventions selon la nature des territoires, urbains, ruraux ou périurbains. Mais la production de qualité de service passe aussi par une organisation locale adaptée à cet objectif, incluant la participation des usagers- clients ou de leurs familles.

5.3.1. Responsabiliser pleinement les conseils généraux sur l'enjeu « qualité de service »

5.3.1.1. Renforcer la « responsabilité qualité » du Conseil général dans le code de l'action sociale et des familles, que les services soient autorisés ou agréés qualité

[206] On l'a vu, le Conseil général détient d'ores et déjà des compétences larges en matière d'action sociale en faveur des personnes âgées, et notamment par l'article L113-2 du code de l'action sociale et des familles : « *Le département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale mentionné à l'article L312-4, les actions menées par les différents intervenants, définit des secteurs géographiques d'intervention...* ». Outre cette compétence d'ensemble, le département veille à la cohérence des actions des CLIC (Centre local d'information et de coordination), des équipes médico-sociales, ainsi que des établissements et services en faveur des personnes âgées ; il est habilité à signer des conventions avec tous les intervenants (article L113-2), ainsi que des contrats ou conventions pluriannuels avec les gestionnaires d'établissements ou services (article L313-11 du CASF). Il gère l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA, article L232-3 et suivants), l'aide sociale départementale (article L3214-1 du code général des collectivités territoriales, CGCT). Il autorise les établissements et services (Article L313-1 et suivants du CASF), même si, pour les services, l'agrément qualité délivré par l'Etat (article L129-1 du code du travail) est équivalent. Sans préjudice des pouvoirs de contrôle de l'Etat, le Conseil général doit exercer le contrôle sur les établissements et services qu'il autorise (article L313-13 du CASF), et à ce titre, émettre des injonctions (L313-14) ou prononcer la fermeture totale ou partielle, provisoire ou définitive, de l'établissement ou du service (L313-16).

[207] Le rôle et les pouvoirs du Conseil général et de son président sont donc déjà largement fixés par les textes. Toutefois, ceux-ci ne garantissent pas la qualité des interventions, en particulier à domicile des personnes fragiles. La mission propose de le responsabiliser davantage sur cette fonction, plutôt que de laisser des certifications ou labels multiples sans garantie réelle de qualité du service à l'utilisateur/client, prendre ce « marché » dont les conseils généraux supporteront le coût inévitablement.

Recommandation n°18 : **Introduire dans le code de l'action sociale et des familles la responsabilité pour le Conseil général de veiller à la qualité du service rendu au domicile de l'usager et d'assurer un « contrôle qualité ». Le Conseil général pourrait s'appuyer utilement sur les équipes médico-sociales APA, les CLIC, sur le comité d'usagers proposé par ailleurs (Cf. § infra), ou sur des enquêtes de satisfactions auprès des bénéficiaires et leurs familles. La diffusion des résultats de telles enquêtes, à condition d'être rigoureuse sur le plan méthodologique, serait sans doute un moyen beaucoup plus efficace que des certifications ou labels pour faire évoluer les pratiques, tout au moins là où existe une certaine concurrence.**

5.3.1.2. Promouvoir un dispositif conventionnel entre Conseil général et opérateurs, avec objectifs et moyens

[208] Il semble à la mission que l'amélioration de la qualité du service rendu aux bénéficiaires de l'aide à domicile passe essentiellement par l'amélioration des compétences individuelles et collectives des intervenants et de leurs employeurs, par le développement de l'encadrement et du soutien de proximité, par le développement de l'implication et de l'intérêt pour leur travail de salariés qui se verraient reconnaître ainsi de véritables possibilités de qualification et de mobilité.

[209] L'ensemble de ces mesures a un coût, non négligeable :

- l'amélioration des compétences passe par des formations, en accompagnement individuel ou en tutorat, en ateliers de groupes, sur site de travail ou en dehors qui permettent aux

intervenants de maîtriser les situations techniques auxquelles ils sont confrontés en matière de santé et de sécurité des bénéficiaires, d'amélioration de leur confort de vie, de réponses aux divers problèmes posés par l'évolution de l'état de santé physique et moral des bénéficiaires, par la connaissance des conséquences de diverses pathologies de la dépendance sur les demandes des personnes par rapport aux actes de la vie quotidienne. Ces formations peuvent être dispensées par des organismes de formation, mais aussi par des formateurs sur sites, elles pourraient être dispensées de manière mutualisée aux intervenants de divers opérateurs et aux intervenants salariés directs dans un territoire donné.

- Le coût de la formation comprend celui de l'appareil de formation, mais également la rémunération des heures des stagiaires, y compris quand il s'agit d'une formation en tutorat.
- L'intervention auprès de personnes âgées dépendantes confronte les intervenants à la déchéance physique et psychique et à la mort. Ce sont des professions dans lesquelles les salariés doivent sans cesse trouver un équilibre entre une distance mécanique et qui apporte peu aux bénéficiaires et une implication trop importante, qui aurait des répercussions sur leur santé psychique. Seule la confrontation avec d'autres professionnels ou bénévoles, dans des groupes de soutien ou dans des entretiens individuels permet aux intervenants de garder la bonne distance.
- Le travail social prend sens pour les professionnels quand il n'est pas organisé de manière taylorisée, qu'il leur permet d'avoir une vision continue et globale du devenir des bénéficiaires, qu'il réunit autour de la personne une équipe. Ceci a largement été démontré pour l'ensemble des professions sociales et bien sûr s'applique d'autant plus que les bénéficiaires ont une faible autonomie par rapport aux professionnels. Mais une organisation non taylorisée, qui permet que chaque intervention s'accompagne d'un temps d'échange avec le bénéficiaire, que le nombre d'intervenants ne soit pas plus élevé que ne le nécessite la stricte application des règles en matière de code du travail, qui privilégie dans une certaine mesure les affinités et rejets électifs entre bénéficiaires et professionnels est forcément plus coûteuse qu'une organisation dont le seul critère d'affectation des personnels serait le moindre coût. Il est probable que sur un long terme, un management participatif aura des conséquences bénéfiques même du point de vue économique sur le taux d'absentéisme, le taux d'invalidité, la fidélisation des personnels, leur évolution, et à terme l'attractivité de l'employeur ou du territoire.

[210] On peut imaginer qu'une stricte régulation par le marché avantagera à terme les services de qualité, même à prix supérieur. Sans doute sera-ce le cas pour les bénéficiaires solvables ou dont les proches le sont.

[211] En revanche, on peut aussi imaginer que les Conseils généraux, soucieux d'offrir à leurs ressortissants âgés ou dépendants des services de qualité engagent les intervenants à acquérir cette qualité en participant à l'offre de formation, l'amélioration du soutien et de l'encadrement, l'organisation du travail privilégiant la continuité et la qualité du service.

[212] Dans le cadre actuel de la négociation des tarifs des services à domicile autorisés, ces rubriques sont prévues dans le calcul des tarifs, ce qui n'est pas le cas des services agréés pour lesquels il est fait référence à la convention collective. Dont toutes ne prévoient pas que les salariés aient accès à la formation, à la rémunération de temps hors intervention pour la formation, le soutien, ni un temps minimum d'intervention.

[213] La mission estime que dans le cadre de la réforme visant à unifier le régime d'intervention des services à domicile.

Recommandation n°19 : Aider les Conseils généraux par des incitations de la CNSA ou de l'ANSP à passer des conventions d'objectifs et de moyens avec les opérateurs, conventions qui détermineraient, par engagements réciproques :

- Le niveau de dépassement maximum du tarif de responsabilité ;
- la participation à des programmes de formation d'acquisition et de développement des compétences, organisés et / ou financés au niveau départemental ou infra-départemental pour tous les opérateurs de SAD ;
- le paiement d'un temps des professionnels consacré au soutien et à l'échange ;
- la participation à la formation et éventuellement la rémunération d'encadrants de proximité chargés de soutenir, évaluer et suivre les intervenants à domicile ;
- l'accès des intervenants, quelle que soit leur qualification de base à des programmes de formation qualifiants ou diplômants qui leur permettent d'envisager une évolution de carrière dans ou hors du secteur de l'aide à domicile aux personnes âgées.

5.3.1.3. Organiser des formations de « qualité comportementale » courtes

[214] L'enjeu pour la qualité du service rendu à domicile n'est pas tant, ou pas pour tous les intervenants, de dispenser des formations qualifiantes, avec diplômes à la clé. Les dispositifs existent pour cela, et le département peut conventionner à cet effet avec la région en particulier pour le développement de formations sociales pour répondre aux besoins prévisionnels.

[215] En revanche, et c'est un enjeu fort pour la qualité de service, il ressort des visites de terrain, et des entretiens avec les associations d'usagers la nécessité de formations courtes, qualitatives, pour l'ensemble des personnels intervenants au domicile de personnes âgées. Le savoir-être, les questions de comportement dans les différentes situations, sont en effet essentiels pour une bonne compréhension de la situation, pour une réponse adaptée à la personne. Il va de soi que cela est d'une importance capitale lorsque les personnes âgées sont atteintes de maladie de type Alzheimer. Ces mini-formations seront aussi des occasions d'échange entre les personnels, et de soutien pour eux, afin de mieux faire face à ces situations fréquentes et lourdes à gérer, y compris avec les familles. Il apparaît essentiel de généraliser ce type de session courte, d'une journée par exemple.

[216] Ceci n'empêche pas le développement d'initiatives visant à former des intervenants et à favoriser une progression de leur carrière par des initiatives visant à leur faire acquérir des compétences directement utiles à toute fonction en relation avec les populations en difficultés, telle le diplôme universitaire mis en place à Perpignan, par l'université, le Conseil général et les organismes sociaux.

Recommandation n°20 : Prévoir l'organisation par le département, directement ou à travers des conventions avec des partenaires, un marché public ou une délégation de service public, de formations qualitatives courtes pour les personnels des services à domicile, qui pourraient utilement être ouvertes aux salariés directs des personnes âgées. Ces formations de « qualité comportementale » seraient axées sur le savoir-être, le comportement selon les situations, notamment pour les personnes atteintes de maladie de type Alzheimer.

5.3.1.4. Expérimenter des organisations utilisant des nouvelles technologies pour limiter les coûts

[217] La question du coût du maintien à domicile a été soulevée, et peut aller à l'encontre de la qualité de service pour les personnes très dépendantes. La question se pose dès lors qu'une personne doit être présente la nuit en particulier. La limitation des coûts par le biais d'adaptation dans les conventions collectives atteint vite ses limites, et actuellement, les personnes âgées sont contraintes d'utiliser du personnel de gré à gré.

- [218] Nous avons souligné la nécessité de faciliter le passage en maison de retraite, le maintien à domicile n'étant pas systématiquement le meilleur gage de qualité de service. Néanmoins, l'attachement psychologique à rester à domicile est important, et des solutions économiquement viables sont à rechercher.
- [219] L'utilisation des technologies modernes offre des perspectives : nous l'avons déjà évoqué avec les solutions qui se développent pour le contrôle de l'effectivité de la présence par exemple. Mais l'enjeu est aussi dans des solutions qui réduisent le besoin d'heures de personnel, ce qui n'est pas évident dans un tel service de « main d'œuvre ». Mais des hypothèses existent, et peuvent être d'une grande utilité notamment pour la nuit.
- [220] En s'inspirant du modèle de la téléalarme, un dispositif de télésurveillance vidéo dans l'appartement relié à un central de surveillance dans les bureaux du service, pouvant être couplé à une mini-équipe prête à partir et/ou d'astreinte, permettrait de réduire considérablement les coûts de personnel pour la nuit, voire en partie en journée. L'appui sur un établissement pour cette surveillance nocturne pourrait aussi optimiser les moyens. Evidemment, la présence humaine n'est pas là et le service n'est donc pas le même pour la personne âgée. Mais c'est sans doute moins problématique pour la nuit, et cela permettrait aussi de pallier les difficultés de recrutement de personnels, notamment dans certaines zones géographiques. Il va de soi également que de telles solutions posent des questions de protection de la vie privée, et que cela suppose un encadrement et des contrôles stricts. L'accord express de la personne et de sa famille est naturellement impératif.
- [221] Des premières expériences se mettent en place, à Saint-Etienne par exemple.
- [222] Là encore, le développement de moyens techniques ne saurait faire oublier les multiples possibilités d'aide et d'étayage du lien social, comme par exemple les initiatives visant à proposer aux étudiants ou jeunes travailleurs en recherche de logement, un hébergement contre une présence la nuit.

Recommandation n°21 : Favoriser l'expérimentation des services utilisant les nouvelles technologies afin de réduire les coûts du maintien à domicile, notamment pour la nuit, avec des dispositifs de télésurveillance vidéo. Une évaluation des expériences sera indispensable, afin de mettre en place un encadrement juridique garantissant la protection de la vie privée, ainsi que des contrôles.

5.3.2. Favoriser une dynamique locale de qualité au niveau des bassins de vie

5.3.2.1. Mieux organiser l'articulation des équipes APA et/ou CLIC avec les opérateurs

- [223] L'organisation varie d'un département à l'autre, et les rôles respectifs des équipes APA et des CLIC sont à la fois diversifiés et pas toujours bien définis. Or l'ensemble de ces intervenants est financé par le Conseil général. Leur articulation dans une démarche globale cohérente, avec pour enjeu le meilleur service aux personnes âgées, est déterminante, et doit être mieux pensée et renforcée. C'est au Conseil général qu'il revient d'assurer la meilleure organisation possible en la matière, en fonction des territoires et des réalités locales.
- [224] Equipes APA et/ou CLIC peuvent être davantage mobilisés pour œuvrer avec les opérateurs et veiller à la qualité du service rendu aux personnes âgées. Des échanges réguliers sur la situation des personnes, sur l'organisation des opérateurs, et l'organisation de leurs interventions seraient très souhaitables.

- [225] Au-delà, une visite, au moins annuelle, chez les personnes âgées permettraient à l'équipe APA, ou, le cas échéant au CLIC (notamment si c'est le médecin traitant qui est chargé de l'évaluation de la dépendance de la personne âgée) de vérifier la dimension qualitative de l'intervention de l'opérateur, à travers les échanges avec la personne âgée, le carnet de suivi etc.

Recommandation n°22 : Améliorer l'articulation des équipes APA et CLIC avec les opérateurs, dans une démarche qualité de service. Le Conseil général doit prendre en compte cet objectif dans l'organisation interne et territoriale de ces structures, et intégrer cette collaboration dans les conventions d'objectifs et de moyens avec les opérateurs.

5.3.2.2. Développer les accueils de jour

- [226] La qualité de service à domicile passe aussi par l'animation en direction des personnes âgées et le maintien de la socialisation. L'organisation de dispositif d'accueil de jour pour les personnes âgées dépendantes, comme il en existe déjà, est un bon moyen complémentaire d'améliorer la qualité globale de service pour la personne âgée tout en apportant un soutien très important pour l'entourage. Le service doit être complet, avec transport des personnes âgées depuis leur domicile. L'appui sur un établissement peut être précieux et judicieux pour l'organisation de tels services.

Recommandation n°23 : Développer les accueils de jour pour les personnes âgées, en complément des services de maintien à domicile, pour favoriser une qualité globale de service pour la personne âgée et le maintien de sa socialisation. Le Conseil général devrait favoriser l'émergence de ces accueils de jour.

5.3.2.3. Favoriser le partenariat entre établissements et services à domicile

- [227] Le partenariat entre les opérateurs de service à domicile et les établissements pour personnes âgées est largement inexistant, sauf exception. La mission souligne un double enjeu :
- [228] D'une part, faciliter le passage entre domicile et établissement pour les personnes âgées. La rupture physique et psychologique est délicate pour la personne âgée bien sûr ; elle l'est aussi pour la famille. Organiser des passerelles, soit par des participations à des activités d'animation, soit par des séjours court, permettrait de dédramatiser ce moment difficile, alors que certaines personnes âgées restent quelquefois au-delà du raisonnable à domicile, avec des risques pour elle-même, et des coûts élevés d'intervention, sans pour autant garantir un service adapté et de qualité.
- [229] D'autre part, pour le personnel des services à domicile comme pour celui des établissements, l'organisation de passages entre services et établissements pourrait à la fois offrir des perspectives de carrière plus diversifiées, éviter la lassitude générée par le travail en situation isolée, et favoriser une formation adaptée et en situation des personnels, grâce au travail en équipe en établissement. Cela favoriserait également la connaissance des établissements par les personnels des services et concourrait au premier enjeu. Nous avons évoqué plus haut la possibilité de s'appuyer sur un établissement pour des dispositifs de surveillance à distance, notamment pour la nuit.
- [230] Le Conseil général, signataire des conventions tripartites avec les établissements, et financeur aussi bien des établissements que des services à domiciles par le biais de l'APA, est l'autorité la mieux à même d'inciter, ou même d'organiser ce partenariat.

Recommandation n°24 : Organiser, à l'initiative du Conseil général, des partenariats entre les services de maintien à domicile et les établissements pour personnes âgées, d'une part pour faciliter le passage domicile/ établissement pour les personnes âgées, d'autre part pour la formation et les évolutions de carrière des personnels, ainsi que pour l'organisation éventuelle de certains services. Le partenariat pourrait aussi s'étendre pour des dispositifs de surveillance à distance, pour la nuit notamment.

5.3.3. Créer un comité d'usagers des services à domicile

- [231] Un des vecteurs important de l'amélioration de la qualité d'un service est de donner la possibilité facile de s'exprimer aux personnes « usagères » ou « clientes » des services. Par personne, il faut entendre la personne âgée elle-même, mais aussi son entourage, familial ou non. L'enjeu est de disposer d'un organisme médiateur entre la personne et le service, auprès duquel elle n'ose pas toujours protester. Et par ce biais, de disposer d'une vision globale des remarques, critiques, accusations...propositions aussi concernant le ou les services au niveau du bassin de vie. Par effet de feed-back sur les gestionnaires, l'objectif est de pousser à l'amélioration de la qualité du service rendu concrètement sur le terrain. Il ne s'agit pas ici des questions de maltraitance, pour lesquelles le dispositif national et les relais départementaux doivent naturellement être maintenus ; mais d'amélioration qualitative du service rendu.
- [232] Pour les établissements et certains services (accueil de jour continu), existent déjà en ce sens les « conseils de la vie sociale (article L311-6 et D311-3 et suivants du CASF). Mais ces organismes, quelquefois remplacés par d'autres formes de participation (groupe d'expression...article D311-3), sont adaptés aux établissements, et d'ailleurs non obligatoires pour les services de maintien à domicile.
- [233] De même, au niveau des collectivités locales, des « commissions consultatives des services publics locaux » sont prévues pour (article L 1413-1 du code des collectivités locales, CGCT). Au-delà même des textes, certaines collectivités mettent en place des structures de ce type, comme les « comités de ligne » en Rhône-Alpes pour les lignes de train express régionaux (TER).
- [234] Dans ce domaine du maintien à domicile, plus délicat encore compte tenu de l'aspect individuel de la relation personne âgée/ salarié (que ce dernier soit salarié d'un service ou a fortiori salarié direct de la personne âgée), un tel comité d'usagers aurait encore plus de sens, afin de pallier l'incapacité collective d'action et de revendication des « clients ».
- [235] Le bon niveau d'organisation d'un tel comité d'usagers est le bassin de vie en milieu rural ou périurbain, la ville ou le quartier en milieu urbain, pour couvrir l'ensemble des services et établissements du secteur. L'initiative de leur création doit logiquement revenir au Conseil général, qui définira les zones géographiques en cohérence avec son organisation territoriale, en assurera le secrétariat. Le comité pourrait être présidé par un conseiller général, comprendre des représentants des communes, ainsi que des représentants d'association œuvrant dans le domaine de l'action sociale des personnes âgées, ainsi que bien sûr de représentants d'associations d'usagers.
- [236] A noter qu'un tel comité pourrait judicieusement couvrir l'ensemble du champ de l'aide à domicile : personnes âgées, personnes handicapées, garde d'enfants...Il devrait disposer de tous les rapports d'activité des conseils de la vie sociale, des groupes d'expression ou enquêtes de satisfaction de chaque service ou établissement du territoire. Il pourrait procéder à des auditions, ou diligenter la réalisation d'enquêtes de satisfaction. Il débattrait et adopterait un rapport annuel qui permettrait de disposer d'une vue d'ensemble et de l'amélioration qualitative, de la coopération entre établissements et services et des suites données par les organismes. Le Conseil général disposerait ainsi d'informations pour agir vis-à-vis des organismes, ainsi que les services de contrôle pour orienter leur action.

Recommandation n°25 : Créer à l'initiative du Conseil général des « comités consultatifs d'usagers » répartis sur le territoire départemental, en lien avec son organisation territoriale, pour recenser et débattre de toutes les remarques, critiques ou plaintes, ainsi que propositions, visant à l'amélioration de la qualité du service rendu à domicile, et de la coordination entre les services et les établissements. Il pourrait aussi faire procéder à des enquêtes de satisfaction. La création et le rôle de ces comités d'usagers devraient être inscrits dans le code de l'action sociale et des familles (CASF) et le code général des collectivités locales (CGCT)

CONCLUSION

- [237] La qualité des services à domicile auprès des personnes âgées, particulièrement difficile à définir et à encadrer, comporte de multiples aspects qui tiennent à la fois à l'environnement de la personne elle-même et à des composantes individuelles de l'intervenant – de l'ordre du savoir être et du savoir faire – et collectives de la structure employeuse (planning des interventions, coordination, suivi).
- [238] La mission s'est attachée à l'écologie du dispositif qui, en amont de ces facteurs est un déterminant de la qualité de l'ensemble. Elle attire l'attention sur le fait que le thème de la qualité ne doit pas être un alibi, coûteux et brouillon, à des solutions plus structurelles qui ont trait au régime administratif de ces services (il doit impérativement être clarifié et simplifié), au contrôle qui doit enfin devenir effectif de la part de l'Etat et du Conseil général agissant de concert et à une révision du financement qui, actuellement, est faussement égalitaire entre les structures prestataires et le gré à gré et insuffisamment renforcé pour les personnes très dépendantes dans le cadre de l'APA.
- [239] La France s'est engagée dès le début des années 1980 dans une politique de décentralisation, complétée en 2003 par le transfert de presque toutes les compétences sociales au département. Il est nécessaire de prendre la mesure de cette transformation et de reconsidérer la structuration et la fonction des services de l'Etat au niveau central et local. Il convient notamment de ne pas remplacer la coordination et la mise en œuvre de la politique en faveur des personnes âgées, dévolue depuis 2003 aux départements, par l'élaboration de normes d'évaluation et de référentiels de certification dont le coût final est supporté par les collectivités territoriales et les usagers, sans qu'il soit bien certain que la qualité, des services à domicile, en soit améliorée.
- [240] Le contrôle de la qualité de grâce doit se faire au plus près des usagers, au niveau des bassins de la vie, en donnant aux équipes APA une fonction de suivi et en organisant le recueil et le traitement des réclamations et plaintes des usagers de manière efficace et rapide.
- [241] Mais la réalité économique et démographique détermine fortement le secteur :
- les coûts ne sont tenables que grâce à une rationalisation de l'organisation du travail. On peut souhaiter qu'elle ne soit pas purement taylorienne !
 - plus les intervenants seront qualifiés, plus leur rémunération augmentera ; rien ne sert d'exiger nationalement des conditions de diplômes, quand les financeurs locaux refusent de payer les coûts horaires entraînés par de telles exigences ou quand l'augmentation du reste à charge pour les usagers les conduit à choisir de recourir aux salariés de gré à gré.
- [242] Le paradoxe qui régit le secteur de l'aide à domicile reste dès lors entier : on souhaite des personnels sélectionnés, bien encadrés, qualifiés, rémunérés au plus proche du salaire minimum, mais faisant montre de grandes qualités humaines.

Principales recommandations de la mission

N°	Recommandation	Autorité responsable
1	Supprimer le régime d'autorisation (L.312-1, 6°, deuxième alinéa) pour les services à domicile pour personnes âgées. Pour cela, supprimer dans l'article L.312-1, 6° deuxième alinéa, « les établissement et les services qui accueillent des personnes âgées... ». Ce membre de phrase : « ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale » ainsi que toutes les mentions relatives à ce régime d'autorisation des SAD contenues dans le code de l'action sociale et des familles.	Ministre chargé de l'action sociale et des familles
2	Prévoir que les augmentations de prix qui résulteraient d'une amélioration de la qualité bénéficiant directement aux usagers pourrait être répercutées sur l'évolution des tarifs dès lors qu'il apparaîtrait qu'elle pourrait mettre en péril l'équilibre économique des prestataires de service à domicile agréés qualité	Ministre des finances, code de la concurrence et de la consommation
3	Si la proposition visant à faire œuvrer tous les services à domicile au régime de l'agrément qualité était retenue, la procédure de paiement de l'APA devrait se faire en appliquant un tarif de responsabilité, le même pour tous les opérateurs quel que soit le tarif qu'ils pratiquent contractuellement ; mais les départements pourraient impulser par conventions avec les opérateurs une modération des coûts en échange d'aides concrètes apportées par le Conseil général à l'amélioration de la qualité du service : formation des intervenants et des encadrants, aide à la gestion, audits de qualité et, éventuellement, mise en place d'un système de tiers payant.	
4	Si devaient subsister deux régimes, les services à domicile agréés et non autorisés devraient bénéficier d'un tarif de responsabilité égal à la moyenne des tarifs obligatoires des prestataires autorisés et cette obligation devrait être mentionnée dans un article de loi.	Législatif, ministre chargé de l'action sociale et des familles
5	Introduire dans l'article L.331-4 du Code de l'action sociale et des familles qui interdit la donation ou le testament, dans les termes fixés par L.909 du Code civil, d'une personne âgée en faveur des professionnels de l'établissement qui l'héberge, un membre de phrase visant également les personnes physiques ou morales, propriétaires, administrateurs ou employés des organismes gérant des services à domicile en faveur des personnes âgées ou handicapées ainsi que les personnes employées directement ou par l'intermédiaire d'un mandataire par des personnes âgées ou handicapées.	Législatif, ministre chargé de l'action sociale et des familles
6	Ajouter à l'article 232-6, deuxième alinéa, l'item suivant : » Dans les cas de perte d'autonomie les plus importants ou lorsque ni la personne, ni son entourage ne sont en mesure de manager et coordonner les intervenants requis par son état de dépendance....	Législatif, ministre chargé de l'action sociale et des familles
7	Relever le plafond d'APA dans ces cas et diminuer de plus de 10% leur participation à une aide de gré à gré pour les personnes visées.	Réglementaire, ministre chargé de l'action sociale et des familles

8	Introduire une disposition obligeant les bénéficiaires visés les plus fragiles à un recours minimal à un prestataire, dont une partie du service devrait être consacré à la coordination de l'ensemble des aidants.	Réglementaire, ministre chargé de l'action sociale et des familles
9	Mettre à l'étude un statut du mandataire « conseil qualité » qui serait chargé (et rémunéré) outre ses fonctions de rapprochement entre une main d'œuvre et des employeurs particuliers, d'exercer une forme légère d'encadrement/coordination des interventions.	
10	Redéployer les aides dans l'enveloppe globale des finances publiques (Etat, Sécurité sociale, CNSA, Départements) : - augmenter les plafonds des GIR 1 et 2 et baisser à dû besoin celui du GIR 4 ; - étendre les crédits d'impôts aux personnes non actives, pour l'aide aux personnes âgées dépendantes ; - baisser éventuellement les plafonds de déduction fiscale.	Interministériel, législatif et réglementaire
11	Mettre à l'étude les hypothèses d'augmentation de l'aide versée à tous les bénéficiaires souffrant d'un certain degré de dépendance (GIR 3 ou 2 et 1) en mettant en œuvre un calcul qui permette une appréciation globale de toutes les aides publiques, quelle que soit leur nature, et toutes les formes d'équilibrage, y compris éventuellement le recours sur succession à partir d'un certain niveau de patrimoine.	Interministériel, idem précédente
12	Ne pas inciter les opérateurs ni les têtes de réseau à développer de nouvelles démarches de certification, ni d'évaluation. A tout le moins ne pas en faire supporter le coût par des financements publics.	Ministre chargé de l'action sociale et des familles, CNSA, ANESM, ANSP...
13	Faire exercer par tous les services de l'Etat compétents, dans le département ou la région, un contrôle coordonné, conjoint et régulier des normes législatives et réglementaires qui régissent les services à la personne rendus aux personnes âgées et dépendantes par des opérateurs prestataires et mandataires.	Interministériel, circulaire Premier ministre
14	Charger les services du représentant de l'Etat dans le département et du Conseil général d'organiser un système de recueil et de traitement des plaintes des usagers et de leurs familles qui soit connu, facilement accessible, rapide et approfondi.	Premier ministre et présidents des Conseils généraux
15	Mettre en place, à l'initiative du préfet, au niveau départemental, une cellule contrôle qualité des services à la personne, réunissant tous les services de l'Etat et des organismes sociaux et les services du Conseil général pour programmer et tirer les conséquences des contrôles effectués.	Premier ministre, circulaire aux préfets
16	Prévoir que les inspecteurs des affaires sanitaires et sociales et les médecins inspecteurs viennent en appui aux services chargés de l'instruction et du renouvellement des agréments qualité et aux services du Conseil général pour le contrôle de la qualité de service des services d'aide à la personne, en particulier pour tout ce qui touche à la sécurité, la santé, le bien être moral et physique des bénéficiaires.	Idem précédente
17	Mettre en place des systèmes de gestion qui permettent de contrôler l'effectivité de l'emploi de l'APA, en privilégiant une solution technique la plus appropriée et la moins coûteuse pour chacun des partenaires et en assortissant le tiers payant d'un récapitulatif périodique des dépenses publiques effectuées au bénéfice des allocataires.	ANSP et Conseils généraux
18	Introduire dans le code de l'action sociale et des familles la responsabilité pour le Conseil général de veiller à la qualité du service rendu au domicile de l'usager et d'assurer un « contrôle qualité ». Le	Ministre chargé de l'action sociale et des familles, législatif

	Conseil général pourrait s'appuyer utilement sur les équipes médico-sociales APA, les CLIC, sur le comité d'usagers proposé par ailleurs (Cf. § infra), ou sur des enquêtes de satisfactions auprès des bénéficiaires et leurs familles. La diffusion des résultats de telles enquêtes, à condition d'être rigoureuse sur le plan méthodologique, serait sans doute un moyen beaucoup plus efficace que des certifications ou labels pour faire évoluer les pratiques, tout au moins là où existe une certaine concurrence.	
19	Aider les Conseils généraux par des incitations de la CNSA ou de l'ANSP à passer des conventions d'objectifs et de moyens avec les opérateurs, conventions qui détermineraient, par engagements réciproques : - Le niveau de dépassement maximum du tarif de responsabilité ; - la participation à des programmes de formation d'acquisition et de développement des compétences, organisés et / ou financés au niveau départemental ou infra-départemental pour tous les opérateurs de SAD ; - le paiement d'un temps des professionnels consacré au soutien et à l'échange ; - la participation à la formation et éventuellement la rémunération d'encadrants de proximité chargés de soutenir, évaluer et suivre les intervenants à domicile ; - l'accès des intervenants, quelle que soit leur qualification de base à des programmes de formation qualifiants ou diplômants qui leur permettent d'envisager une évolution de carrière dans ou hors du secteur de l'aide à domicile aux personnes âgées.	ANSP, CNSA et Conseils généraux
20	Prévoir l'organisation par le département, directement ou à travers des conventions avec des partenaires, un marché public ou une délégation de service public, de formations qualitatives courtes pour les personnels des services à domicile, qui pourraient utilement être ouvertes aux salariés directs des personnes âgées. Ces formations de « qualité comportementale » seraient axées sur le savoir-être, le comportement selon les situations, notamment pour les personnes atteintes de maladie de type Alzheimer.	Conseils généraux
21	Favoriser l'expérimentation des services utilisant les nouvelles technologies afin de réduire les coûts du maintien à domicile, notamment pour la nuit, avec des dispositifs de télésurveillance vidéo. Une évaluation des expériences sera indispensable, afin de mettre en place un encadrement juridique garantissant la protection de la vie privée, ainsi que des contrôles.	Conseils généraux
22	Améliorer l'articulation des équipes APA et CLIC avec les opérateurs, dans une démarche qualité de service. Le Conseil général doit prendre en compte cet objectif dans l'organisation interne et territoriale de ces structures, et intégrer cette collaboration dans les conventions d'objectifs et de moyens avec les opérateurs.	Conseils généraux
23	Développer les accueils de jour pour les personnes âgées, en complément des services de maintien à domicile, pour favoriser une qualité globale de service pour la personne âgée et le maintien de sa socialisation. Le Conseil général devrait favoriser l'émergence de ces accueils de jour.	Conseils généraux
24	Organiser, à l'initiative du Conseil général, des partenariats entre les services de maintien à domicile et les établissements pour personnes âgées, d'une part pour faciliter le passage domicile/ établissement pour	Conseils généraux

	les personnes âgées, d'autre part pour la formation et les évolutions de carrière des personnels, ainsi que pour l'organisation éventuelle de certains services. Le partenariat pourrait aussi s'étendre pour des dispositifs de surveillance à distance, pour la nuit notamment.	
25	Créer à l'initiative du Conseil général des « comités consultatifs d'usagers » répartis sur le territoire départemental, en lien avec son organisation territoriale, pour recenser et débattre de toutes les remarques, critiques ou plaintes, ainsi que propositions, visant à l'amélioration de la qualité du service rendu à domicile, et de la coordination entre les services et les établissements. Il pourrait aussi faire procéder à des enquêtes de satisfaction. La création et le rôle de ces comités d'usagers devraient être inscrits dans le code de l'action sociale et des familles (CASF) et le code général des collectivités locales (CGCT)	Conseils généraux

Liste des personnes rencontrées

Directions et organismes nationaux

- Direction générale de l'emploi et de la formation professionnelle :
- Direction générale de l'action sociale : Madame Mireille Gaüzère, chef de service, et Mesdames Annick Bony, Virginie Chenal, Caroline Lefebvre, Geneviève Bigot-Gounand
- Agence nationale des services à la personne : Monsieur Bruno Arbouet, directeur, monsieur Vincent Depey, directeur adjoint, Madame Dominique Zumino, chargée de mission
- Caisse nationale solidarité autonomie : Monsieur Laurent Vachey, président, Monsieur Laurent Gratieux, directeur, Bernadette Moreau, directrice de la compensation de la perte d'autonomie, Annie Richart - Lebrun, directrice adjointe à la compensation
- Agence nationale pour l'évaluation des établissements et services médico-sociaux, monsieur

Réseaux et fédérations

- UNA : M. Emmanuel Verny, directeur général, Monsieur Christophe Pelletier, responsable qualité
- FESP : Mme Dominique Léry, présidente du SESP
- FEDESAP : Monsieur Richard Binier
- ADESSA : M. Didier Duplan, directeur
M. Loïc O'Murphy

Départements

- Pyrénées Orientales
 - Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle :
 - Mme FRANK, directrice, déléguée territoriale ANSP
 - prénom.nom@dd-66.travail.gouv.fr
 - M.Gérard Izern, contrôleur du travail, chargé de l'instruction des dossiers d'agrément
 - M.Frémont, DDTEFP, chargé de développement territorial
 - M. Patrice Langin, directeur départemental de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
 - Mme Sylvie Grégoire, Mutualité sociale agricole
 - M. Frédéric Sanchez, inspecteur DDASS
 - Mme la directrice de l'association Pia Agly associationpiaagly@wanadoo.fr
 - M. le directeur du service d'aide à domicile du CCAS de Perpignan,
 - M. Roland Giraud, directeur général adjoint de la direction des solidarités, CG66
 - M. Bergery, directeur personnes âgées et handicapées à la direction de la solidarité du CG
 - Mme Bedrignan, Marie Pierre, Conseiller, mission personnes âgées
 - Mme Evelyne Martinez, Conseiller d'action médico-sociale,
 - Mme Sophie Dupré, Conseillère du réseau des établissements et services sociaux et médico-sociaux

- Département de l'Ain
 - Mme Martine Gall, contrôleur du travail, instructeur des agréments
 - M.Eric Farrugia, directeur départemental adjoint du travail, délégué territorial de l'ANSP
 - M.René Moreu, direction départementale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
 - M.Vincent Perouse, DDCCRF
 - M.Laurent Chantreuil, direction des services financiers de l'Ain,
 - Mme Patience Le Page, Mutualité sociale agricole
 - Mme Christine Rat, Caisse primaire d'assurance maladie de l'Ain
 - Mme Nathalie Voge, Caisse régionale d'assurance maladie de la région Rhône Alpes
 - Mme Brigitte Fournier, CRAM Rhône Alpes
 - M.Henri Carbuccia, inspecteur principal DDASS
 - Mme Mireille Martin, DDASS
 - Mme Agnès Grandjean, inspectrice du travail
 - Mme Elisabeth Boul, administratrice de Val de Loire Dombes, service
 - M. Michel Poulard, directeur de Val de Loire, Dombes service
 - M. Gérard Beaupère, directeur Ain aide services
 - Mme Raymonde Perrin, présidente de Ain Aide services
 - M. Robert Fontaine, directeur de l'ADMR départementale
 - Mme Annie Pesrin, responsable de Croix rouge française AFP
 - M. Joseph Marguin, président de AFP-CRF
 - Mme Emma Masson, directrice de AFP-CRF
 - Mme Martine Verne Chatelet, directrice de ADAPA (UNA)
 - Mme Michelle Pilon, représentant de l'UDAF au Coderpa
 - M. Jean-Michel Fonquernie, Ain Alzheimer
 - Mme Dominique Tissot, association des infirmières coordinatrices de l'Ain et Coderpa
 - M. Michel Verret, ALMA 01
 - M. Thierry Clément, directeur général de la prévention et de l'action sociale
 - Mme Annie Paganelli, responsable du domaine établissements
 - M. Souleymane Thiam, responsable domaine personnes âgées
 - Dr Florence Pollet, médecin départemental chargée de l'APA à domicile et en établissement
 - Mme Bénédicte Carre, coordinatrice CLIC du bassin burgien

- Hauts de Seine
 - Colette Aussavy directrice personnes /âgées pole solidarité, PSOL/DPAH
 - Chantal Pradier, directrice adjointe
 - Jean Balivet, président de la FASSAD 92
 - Frédéric Primat, Directeur du SAD Synergie à Châtenay Malabry,
 - Pascal Maillard Directeur ADHAP -services à Bagneux
 - Des représentants des usagers : CODERPA et France Alzheimer 92,
 - Anne Marie Gruau, responsable des autorisations et de la tarification des SAD,
 - Marie Christine Perrin, responsable de l'équipe médico sociale APA sur l'UT Sud,
 - Joëlle Nicolas, Assistante sociale APA sur l'UT Nord.
 - Nicole Augé, inspectrice des services fiscaux
 - Denis de Kermadec, inspecteur DDASS 92
 - Christine Velsch, représentante du délégué territorial de l'ANSP
 - Philippe Rault, inspecteur de la DGCCRF UD 92
 - Katia Dupuy, inspectrice du travail
 - Emilie Bongo, Marie Hélène Rannou, contrôleur du travail DDTEFP

Personnes ressources

- M. Norbert Paquel, association Edisanté (spécialisée dans la normalisation des transmissions de fichiers santé et social)
- Mme Michèle Debonneuil, Inspectrice générale des finances, auteur du rapport sur le bilan de la loi de 2005

Bibliographie

Rapports IGAS

- Rapport princeps : rapport de la mission d'enquête sur le fonctionnement de l'ADMR Ollivier et Paul, 2007-175P janvier 2008
- 5 rapports de site sur le fonctionnement de l'ADMR : Alpes Maritimes, Yvelines, Maine et Loire, Haute Garonne, Corse du Sud
- Rapport relatif à la politique de maintien à domicile des personnes âgées relevant de l'action sociale de la CNAV, Duraffourg, Paul 2006-063, juillet 2006
- Objectifs et moyens de fonctionnement de l'Union nationale ADMR, Lagardère, Naves, 2001006, avril 2001
- La dépendance des personnes âgées, Laurence Eslous, RM 2007 – 130P, août 2007
- Rapports d'une mission conjointe IGAS IGF (Thierry, Hespel) sur les services d'aide à la personne, 1998, note d'étape, synthèse et note complémentaire (98-045 ; 980049 ; 98100)

Autres documents

- Rapport public particulier de la Cour des Comptes, novembre 2005, Les personnes âgées dépendantes. (à notre doc)
- Freins à l'embauche et amélioration des conditions de travail dans le secteur de l'aide à domicile, étude ANACT pour la DGAS, Farida Yahiaoui, Anne-Marie Nicot, novembre 2002, (à notre doc)
- Les services à la personne : bilan et perspectives, Michèle Debonneuil, Inspectrice générale des finances, septembre 2008.

Documents DREES et DARES

Dress

- Etudes et résultats n° 639, juin 2008 : 4,4 millions de pensionnés au minimum contributif en 2004
- Etudes et Résultats N°637, mai 2008 : L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 31 décembre 2007
- Etudes et Résultats n° 656, septembre 2008 : Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2007
- Etudes et résultats n° 459, janvier 2006 : Les effets de l'APA sur l'aide dispensée aux personnes âgées
- Etudes et Résultats n° 460, janvier 2006 : Les services d'aide à domicile dans le contexte de l'APA (étude effectuée en 2004)
- Etudes et Résultats n° 297, mars 2004 : Le personnel des services d'aide à domicile en 1999
- Sommaire de Série statistiques n° 77, février 2005 : Les services de soins infirmiers à domicile en 2002,

Dares

- Employés de maison, 2002 in Les familles professionnelles, données de cadrage 1982 - 2002

Observations de la CNSA



DE -> Michel Raymond
Hélène Strohl
Bernadette Rouville

copie -> M. RAYMOND
Mme B. ROUSSELLE
Mme H. STROHL

Inspection Générale des Affaires Sociales
23 AVR. 2009
22 AVR. 2009 <i>ggg</i>

Paris, le

**Objet : Rapport sur les conditions de
la qualité des services d'aide à
domicile pour les personnes âgées**

Réf. Votre courrier du 06 Avril dernier
n° 10046/2009

Monsieur le Directeur de la Caisse
Nationale de Solidarité
CNSA

à

Monsieur André NUTTE
Chef de l'Inspection générale des affaires
sociales

Monsieur,

En date du 06 Avril dernier, vous nous avez transmis le rapport provisoire sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées.

Vous trouverez ci-joint les observations qu'appelle de ma part, ce rapport en ce qui concerne les questions 12 et 19.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

Cordialement

Laurent VACHEY

Recommandation n° 12

La CNSA est favorable à ce qu'une réflexion s'engage pour harmoniser les différentes procédures qualité qui caractérisent le secteur des services à la personne (autorisation, agrément, habilitation, labellisation,...) et à ce qu'émerge une référence commune qui facilite la lisibilité tant pour les professionnels que pour les bénéficiaires du service.

Même si parmi les référentiels existants, seuls deux types assez proches se dégagent du marché (AFNOR et QUALICERT), la mise en place d'un système normatif simplifié ne peut que faciliter l'évaluation, à la condition toutefois de capitaliser sur les acquis des procédures actuelles pour alléger la certification externe (sur la qualité ou les processus organisationnels notamment). Une telle démarche aurait, en outre, pour avantage de réduire le recours aux organismes habilités présents sur le marché.

Toutefois, l'évaluation des politiques publiques ne doit pas se substituer aux efforts des opérateurs pour accroître la qualité de l'offre de service.

La situation actuelle (cf. rapport CES 2007) se caractérise encore par des modes d'intervention hétérogènes, une professionnalisation encore en progression ou une disparité des garanties conventionnelles. Elle témoigne d'un secteur fragile, en plein développement, que les pouvoirs publics ont pris le parti d'aider à se structurer pour améliorer la qualité de l'intervention auprès de la personne âgée ou handicapée (ex. label Adessa ou Relais assistants de vie de la Fepem).

Dans le même temps, la mise en œuvre des plans gouvernementaux (Alzheimer, Autisme) qui mobilisent des moyens importants, justifie de valoriser les processus de mutation engagés par les opérateurs (ex. structuration d'un mandat rénové dans le cadre de l'emploi direct).

C'est dans ce contexte que la démarche qualité est encouragée financièrement par les pouvoirs publics.

La CNSA s'est inscrite dans cette dynamique en mobilisant les crédits inscrits en section IV de son budget afin de cofinancer des programmes de rationalisation de l'offre, de déploiement de pratiques professionnelles ainsi que des actions de qualification des personnels concernés (intervenants et encadrants de proximité).

La priorité donnée à la signature des conventions avec les Conseils généraux pour organiser la politique d'aide au maintien à domicile et renforcer la cohérence de l'offre de service au plan local, répond à la préoccupation de la Mission de renforcer leur action de contrôle.

Le dispositif contractuel qui implique le Conseil général dans les modalités d'exercice du service, l'organisation des prestations ou la continuité du service est une étape vers meilleure efficacité de son intervention.

Recommandation n° 19

La CNSA, en encourageant la signature de conventions cadre départementales pluriannuelles de modernisation et de professionnalisation des services d'aide à domicile, contribue à renforcer la responsabilité des conseils généraux sur l'enjeu « qualité de service ».

Dans le cadre de ces conventions cadre, conclues entre l'Etat, la CNSA et le Département, les Conseils Généraux sont incités à passer avec les structures d'aide à domicile des conventions d'objectifs et de moyens dans le but de déployer localement les objectifs de la convention et notamment ceux relatifs à l'amélioration des compétences individuelles et collectives des intervenants à domicile.

Cette politique de conventionnement à double niveau, encouragée par la CNSA, permet notamment de renforcer le contrôle sur les opérateurs, de garantir la qualité de leur intervention et de généraliser les bonnes pratiques professionnelles. Ces conventions sont l'instrument privilégié pour développer et organiser la professionnalisation des intervenants sous la forme de programmes de formations qualifiantes ou diplômantes, formations d'adaptation à l'emploi, mise à jour des connaissances professionnelles, mais aussi pour mettre en œuvre une politique de soutien de ces intervenants.

Plus concrètement, le co-financement CNSA/Conseil Général prévu dans ces conventions cadre permet de subventionner notamment le coût pédagogique des formations, les frais de déplacement induits par la formation, les frais de remplacement des salariés en formation, le salaire du personnel formé hors de son temps de travail.

Les conventions cadre départementales de modernisation de l'aide à domicile conclues récemment ainsi que celles qui sont en cours de signature ont intégré cette procédure de contractualisation entre le Conseil Général et les opérateurs dans le but d'améliorer la qualité du service rendu à domicile par la professionnalisation des intervenants, ainsi que le montrent les exemples qui suivent.

La convention cadre pour la modernisation des services d'aide à domicile et la structuration du secteur dans le **département de l'Oise** signée le 22 décembre 2008 prévoit que la mise en œuvre des actions auxquelles participent les associations partenaires fera l'objet de fiches projet adoptées dans le cadre de Conventions Pluriannuelles d'Objectifs et de Moyens (CPOM), précisant les objectifs, les moyens mis en œuvre, le calendrier de la réalisation et les moyens d'évaluation. Neuf conventions seront ainsi conclues entre le Département et les services d'aide à domicile dans la première année de mise en œuvre de la convention cadre.

Cette convention envisage dans un souci de professionnalisation et de soutien des intervenants dans leurs pratiques professionnelles, d'instaurer des groupes de paroles en direction des professionnels de l'aide à domicile et de mettre en place des actions de sensibilisation à la bientraitance.

En **Haute-Marne**, la convention cadre a été signée le 31 décembre 2008. Elle prévoit également la conclusion de conventions particulières entre la CNSA, le Département et les associations et organismes bénéficiaires du co-financement. Le Conseil Général et la CNSA prévoient d'apporter leur soutien (en étroite partenariat avec les services de l'Etat, les Organismes paritaires collecteurs agréés -OPCA- et le Conseil Régional) à la réalisation des programmes de formation continue en faveur de toutes les catégories de personnels,

d'encourager les formations diplômantes et la valorisation des acquis de l'expérience par une démarche cohérente et concertée avec les partenaires, de soutenir la mise de place de tutorat et de projets visant l'adaptation à l'emploi et l'évolution professionnelle des intervenants à domicile.

La convention cadre de modernisation de la **Loire**, en cours de signature, fera également l'objet de conventions spécifiques de moyens entre l'Etat, le Conseil général, la CNSA, la CRAM Rhône Alpes et les différents opérateurs en fonction des différents axes du plan d'action. Ces conventions spécifiques préciseront, pour chaque action, les objectifs poursuivis, le calendrier de réalisation ainsi que les modalités et indicateurs de suivi et d'évaluation du projet. Elles inscriront également le coût de l'action ainsi que les modalités de contrôle de l'utilisation des crédits dédiés.

Dans l'objectif d'intégrer et suivre les nouveaux salariés du secteur de l'aide à domicile, il s'agit de développer tout d'abord des formations pré qualifiantes qui permettent d'obtenir un « minimum requis » mais aussi des temps de tutorat afin de faciliter l'intégration du nouvel intervenant.

Dans le cadre de cette convention seront également développées, avec le concours de partenaires concernés, la qualification des salariés intervenant au domicile des personnes âgées par la formation ou la validation des acquis d'expérience ainsi que des actions de formation continue et de sensibilisation du personnel à certains thèmes tels que la dénutrition, la maltraitance, la détection des signes vitaux...

Enfin, dans le but de promouvoir les échanges d'information et d'expérience entre les professionnels, la convention cadre prévoit la création d'un espace d'échange et de mutualisation de l'information des services à la personne sous la forme d'un site Ethernet.

Le Conseil Général du **Maine et Loire** a également prévu dans sa convention cadre pluriannuelle de modernisation de l'aide à domicile, actuellement en cours de signature, de passer avec les associations des conventions particulières d'objectifs qui préciseront les modalités d'évaluation des actions financées.

Les conseils généraux sont invités par la CNSA à participer dans leurs conventions cadre à la promotion de la qualité des opérateurs de l'aide à domicile par l'amélioration des compétences des intervenants. A titre d'exemple, les conventions départementales de modernisation et de professionnalisation des services d'aide à domicile des départements de **l'Aisne, Seine et Marne et Ariège** prévoient la mise en place de formations « thématiques », « modulaires » ou « spécifiques » sur des thèmes tels que la maladie Alzheimer, la bientraitance, l'accompagnement de fin de vie, la prévention des chutes... Bien souvent, ces formations indispensables sont complémentaires et indissociables de la mise en œuvre de formations qualifiantes et diplômantes.

Pour favoriser les actions d'amélioration de la qualité des services à domicile par les organismes prestataires, le conseil général du **Puy de Dôme** vient de s'engager par convention à verser, par heure effectuée, un euro supplémentaire par rapport au tarif de référence sous réserve que le service relève d'une fédération signataire, soit habilité à l'aide sociale, dispose d'un encadrement professionnel et d'un plan de formation justifiant l'évolution de la qualification de l'ensemble de ses agents.

Observations de la DGAS



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

Direction générale de l'action sociale
Sous-direction des âges de la vie
Bureau des personnes âgées (2C)

Paris, le

Dossier suivi par :

Caroline Lefebvre

Tél. : 01 40 56 82 26

Fax : 01 40 56 87 79

Courriel : caroline.lefebvre@sante.gouv.fr

N/ réf : rapport IGAS qualité aide à domicile obsDGAS

N° mercure :

Le directeur général de l'action sociale

à

Monsieur le Chef de l'Inspection générale
des affaires sociales

Objet : Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées

Vous m'avez transmis pour observations le rapport provisoire sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées.

Les constats dressés par ce rapport rejoignent largement l'analyse de la direction générale de l'action sociale sur les questions abordées. Je ne me prononcerai pas à ce stade sur le fond des différentes recommandations du rapport, dont beaucoup me paraissent intéressantes.

Mais il m'a paru utile de vous faire part de quelques observations sur deux points importants du rapport et d'apporter un certain nombre de précisions ou de nuances sur d'autres.

1. La prolifération des évaluations et des certifications

Le rapport pointe et regrette à plusieurs reprises la multiplication des dispositifs de certification, d'évaluation, de labellisation, sans bien distinguer ces différentes démarches, ni procéder à une analyse de l'évaluation.

Il me paraît important de différencier les objectifs et les caractéristiques de ces différentes démarches. En particulier, on ne saurait, à mon sens, assimiler la certification à l'évaluation prévue par la loi du 2 janvier 2002, qui ne se réduit pas à un contrôle du respect des normes, celui-ci ne suffisant pas à rendre compte de la qualité d'un service d'aide à domicile. Elle interroge la mise en œuvre d'une action et plus particulièrement ses effets prévus et imprévus, ce qui constitue le cœur même de la prestation rendue à l'utilisateur (cf. décret du 15 mai 2007 relatif au contenu du cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes).

Par ailleurs, on manque aujourd'hui de recul sur l'impact de ces démarches tant sur la qualité des prestations rendues aux usagers que sur leur coût, s'agissant de l'évaluation externe puisqu'elle n'a pas encore été mise en œuvre, mais aussi pour la certification qui concerne encore peu de services.

Une étude réalisée par un organisme indépendant sur la plus-value de la certification et son impact sur les coûts de fonctionnement serait utile.

2. Simplifier le cadre juridique en supprimant l'autorisation au profit de l'agrément

Le rapport propose de simplifier le cadre juridique existant, caractérisé par un droit d'option entre le régime de l'autorisation et le régime de l'agrément qualité, en supprimant l'autorisation.

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

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

La suppression de l'autorisation/tarification priverait donc les départements d'un outil utile à la mise en œuvre des responsabilités qui leur ont été confiées en matière de politique gérontologique.

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

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

Ces deux éléments : plus grande pertinence de la compétence du conseil général par rapport à celle des DDTEFP et réforme importante du régime de l'autorisation plaident, à mon sens, pour approfondir le débat sur la simplification du cadre juridique des services d'aide à domicile et ne pas conclure d'emblée à une suppression de l'autorisation au profit de l'agrément.

Vous trouverez en annexe des remarques sur des points plus particuliers ou secondaires.

Fabrice HEYRIES

Annexe : observations sur le rapport provisoire

§ 2.2. page 4 : distinguer le statut juridique de l'opérateur du régime juridique. Le régime juridique (autorisation/agrément) est indépendant du caractère public, privé, lucratif, de l'opérateur.

§ 2.3. page 4 : distinguer la question du cadre législatif pour la protection des usagers (autorisation/agrément) du droit du travail (convention collective).

Introduction

[2] L'aide à domicile pour les + de 70 ans n'est pas financée par l'APA.

[3] plus juste de viser les services que les emplois.

[4] NDBP 3 les statistiques mentionnées issues de l'ANSP portant sur un périmètre beaucoup plus large peuvent être source de confusion.

1. Une démarche qualité difficile à développer

[18] 689.000 bénéficiaires de l'APA à domicile au 31.12.2008 pour un montant moyen de 494 €, dont 406 à la charge du conseil général; 490.000 et 466.000 bénéficiaires d'une aide ménagère financée par une caisse de retraite respectivement en 2005 et en 2006.

2. Une abondance de textes sur la qualité

[32] un ou des tarifs horaires (c'est ce que prévoit la réglementation) *Dont acte, rectifié*

[33] L'autorisation vaut agrément qualité pour le territoire, départemental ou infra départemental, où elle a été accordée. *Dont acte, complétement reporté dans le rapport*

[37] on peut ajouter que les SAD agréés et certifiés sont dispensés de l'évaluation externe

[43] le FMAD, repris au sein de la section IV du budget de la CNSA lors de la création de la caisse en 2005 ; il permet des actions de formation qualifiante et non qualifiante ; les conventions départementales de modernisation impliquent toujours les conseils généraux (par définition) et dans un certain nombre de cas les opérateurs (dans les conventions elles-mêmes ou des conventions entre le CG et les opérateurs déclinant la convention de modernisation Etat/CNSA/CG) ; les autres actions sont des actions individuelles.

Les crédits du fonds sont affectés au financement de conventions nationales, de conventions avec les OPCA, des conventions départementales précitées, et les DDASS disposent en outre d'un droit de tirage pour le financement d'actions individuelles de modernisation (dans tous les départements jusqu'en 2007, uniquement dans les départements non couverts par une convention départementale en 2008). La CNSA gère le fonds depuis sa création en 2005, en lien étroit avec la DGAS. Les circulaires d'orientation et les négociations des conventions nationales sont conjointes. La priorité donnée aux conventions départementales et nationales dans un souci d'approche plus globale et cohérente est une orientation partagée depuis 2006/2007.

Le protocole UNA est cosigné par la secrétaire d'Etat à la solidarité. Il porte également sur la généralisation des bonnes pratiques professionnelles (sur des problématiques spécifiques telle Alzheimer, handicap psychique, fin de vie, maltraitance...). 1 M€ a été accordé pour la 1^{ère} phase du programme, correspondant à la moitié du coût de l'action. Le déploiement du programme au sein du réseau dont le coût sera beaucoup plus important, est en phase de négociation. La DGAS et CNSA ont signé ou vont signer, sur des programmes de même type mais en général moins ambitieux, des conventions avec les autres têtes de réseaux du secteur (ADMIR, ADESSA, UNCCAS, FEPEM...).

A noter que le dispositif complémentaire à THETIS de mobilisation spécifique des DLA sur les organismes agréés de services à la personne n'a finalement pas été mis en œuvre. Enfin ce sont 500 organismes (et non 700) qui devrait bénéficier du dispositif THETIS à échéance 2009.

[46] à ma connaissance, c'est auprès de l'ANESM, et non de la CNSA, que des fédérations (en l'occurrence ADESSA) cherchent à obtenir une reconnaissance de leur label.

[47] la CNSA et la DGAS ont soutenu et suivi la mise en œuvre du projet d'ADESSA de labellisation de son réseau. Au vu des bilans intermédiaires et final du programme, il ne nous semble pas qu'on puisse soupçonner l'IDAP de complaisance dans la délivrance du label, qui était doublé en outre d'actions d'accompagnement des structures n'ayant pas satisfait aux 21 exigences du label, et qui, in fine, n'a pas été attribué à toutes les structures du réseau

[51] sociétés d'accréditation privées mais accréditées.

[52] deux référentiels de certification existent (ne pas parler ici de label).

[55] enquête d'AFAQ/AFNOR.

3. Une approche concrète peu convaincante

[57] exact en droit, mais la grande majorité des agréments qualité délivrés (en 2006 puis 2007) l'ont été à des organismes fonctionnant déjà.

[64] il nous paraît important de ne pas confondre la démarche de certification et la démarche d'évaluation telle qu'elle est prévue par la loi 2002-2 et non encore mise en œuvre. Autant l'idée formulée que la certification vise à contrôler pour l'essentiel des exigences qui sont aussi celles de l'agrément qualité et peut être assimilée à une forme d'externalisation du contrôle par l'Etat du respect des exigences de son cahier des charges, autant la démarche d'évaluation nous paraît d'une toute autre nature et non assimilable et redondante avec ce contrôle.

[71][72] l'autorisation permet aussi au conseil général de fixer des exigences de qualité non prévue dans le cahier des charges (par exemple : taux de personnes qualifiées, ratio d'encadrement des personnels d'intervention...) et d'en reconnaître le coût.

[80] si les conventions de base de 1970 et 1983 n'ont effectivement pas été étendues, il n'en est pas de même des nombreux accords complémentaires signés depuis les années 90. Par ailleurs des accords communs signés par la branche de l'aide à domicile (secteur non lucratif) sont sauf erreur étendus (accord du 29/3/2002 sur les emplois et rémunérations, accord du 16/12/2004 sur la formation professionnelle tout au long de la vie, accord du 30/3/2006 relatif aux temps modulés...). Environ la moitié du droit conventionnel relève aujourd'hui de ces accords communs et une convention collective « unique » pour la branche est en cours de négociation et se substituera aux conventions existantes.

[88] L'unification des conventions collectives du secteur non lucratif est largement engagée et devrait être achevée à très court terme (voir point 80). Les enjeux nous paraissent plus se situer dans le rapprochement des protections entre le secteur non lucratif et le secteur lucratif d'une part, d'autre part entre le prestataire et l'emploi direct, rapprochements qui paraissent beaucoup plus difficiles à mettre en œuvre.

[89] sauf erreur, les refus et réserves à l'extension par le ministre du travail des conventions collectives ne peuvent être fondés qu'en droit et il n'est pas du ressort des pouvoirs publics de veiller au rapprochement des conventions collectives même lorsqu'elles s'appliquent à des activités similaires.

[97] 3) la portée du CESU d'une part, de la télégestion d'autre part, nous paraît devoir être mieux différenciée : le CESU garantit que l'APA ne sera pas utilisée pour payer autre chose qu'un service ou un intervenant dans le champ des SAP (i.e. affilié au CNCESU) ; il ne garantit pas que le service est

effectivement rendu quand il doit l'être et selon la quotité prévue. Le système de télégestion est développé par certains opérateurs en accord ou sous l'impulsion du conseil général.

[99] Les dispositions d'application (article R. 232-12 du CASF), en incluant dans ces situations 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, ne sont pas éloignées de la suggestion du rapport

[100] appliqué de manière hétérogène : dans certains départements, le mode prestataire est fortement encouragé, au-delà de ce que prévoient les textes

[111] nous sommes interrogatifs sur l'assertion selon laquelle il serait beaucoup plus facile de retirer l'agrément qu'une autorisation...en tout état de cause, l'autorisation est délivrée initialement sans aucun doute moins facilement que l'agrément

4. Une déficience du contrôle

[138] A notre connaissance, les réflexions sur ce sujet sont les suivantes :

- expérimentation de centres de ressources pour les particuliers employeurs, dans le cadre du plan 2 de développement des services à la personne annoncé le 24 mars 2009, sous l'égide de l'ANSP.
- la CNSA et le secrétariat d'Etat à la solidarité (DGAS) négocient actuellement une convention avec la FEPEM au titre de la section IV du budget de la CNSA dont un des axes consiste à élaborer un contrat de mandat type « de qualité » ainsi qu'un cahier des charges en vue de labelliser des structures mandataires assurant des fonctions renforcées par rapport aux structures mandataires « classiques », tant à l'égard des employeurs en situation de perte d'autonomie que des salariés.

Ces deux réflexions, distinctes, ne s'inscrivent pas particulièrement dans le cadre des travaux sur le 5^{ème} risque.

[144] si certains départements ont peut-être mis en place des appels à projets pour le soutien à la modernisation, cette procédure - au demeurant intéressante - n'a jamais été préconisée ni même mentionnée dans les orientations nationales fixées par la DGAS et la CNSA.

5. Comment améliorer la qualité des interventions des services à domicile pour personnes âgées

[153] ...et l'exigence d'un projet de service pour les SAD autorisés. En outre chaque CG peut subordonner l'autorisation à des exigences propres par exemple en matière de ratios de personnes qualifiées ou de ratio d'encadrement. L'autorité compétente pour délivrer l'autorisation ou l'agrément est loin d'être neutre.

[156] la pratique de l'Ain est évidemment totalement illégale

[158] il serait logique de supprimer également, dans cette hypothèse, l'autorisation pour les services d'aide à domicile aux familles (relevant du 1°) et aux personnes handicapées (relevant du 7°)

[184] il paraît prématuré de juger des procédures d'évaluation telles que prévues par la loi du 2 janvier 2002 puisqu'elles n'ont pas encore été mises en œuvre (en particulier l'évaluation externe) ; quant à la certification, qui concerne encore peu d'organismes et sur laquelle on manque de recul, il serait intéressant de faire faire une étude par un organisme indépendant sur sa plus value en termes de qualité finale pour l'utilisateur et son impact sur le coût des prestations.

[188] Les référentiels de certification ne portant pas sur le contenu de l'intervention elle-même, on ne peut pas dire que la diversité des besoins et l'impossibilité de standardiser les interventions soient un obstacle à ce type de démarches effectivement relativement procédurales.

Les SAD sont de tailles très hétérogènes et il est bien évident qu'une petite structure ne peut, seule, dégager les moyens nécessaires à la mise en place de telles démarches. Toutefois, des réseaux comme

UNA, l'ADMR ou l'UNCASS, selon des modalités différentes, accompagnent ou vont accompagner leurs adhérents dans des démarches de mutualisation destinées notamment à répondre à ces objectifs. Distinguer certification, élaborée de manière consensuelle par l'ensemble des acteurs, attribuée par des organismes accrédités, des labels internes et propres à un réseau, qui n'offrent pas les mêmes garanties mais peuvent constituer des étapes.

[196] il existe un cahier des charges de l'agrément qualité et deux référentiels de certification. Il n'est pas question, sur le champ de l'aide à domicile, d'en créer ou d'en soutenir d'autres. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles élaborées sous l'égide de l'ANESM sont complémentaires en ce qu'elles touchent le cœur même des interventions auprès de l'utilisateur, ce que ne font ni les référentiels de certification ni le cahier des charges de l'agrément qualité.

[212] la difficulté concerne a fortiori les organismes non couverts par une convention collective (secteur lucratif)

[218] et [228] « qualité de vie pour les personnes » plutôt que « qualité de service »

[Recommandations 13 et 14]

La circulaire DGAS/SD2 n° 2002-280 du 3 mai 2002 relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables, et notamment les personnes âgées, a demandé aux préfets de département de mettre en place, en concertation avec le président du conseil général, une cellule interinstitutionnelle de traitement et de suivi des signalements.

Cette cellule a notamment pour objectif d'améliorer l'efficacité du traitement et du suivi des signalements en concertation avec les différentes institutions concernées : DDASS, procureur de la République, juges des tutelles, DDCCRF, Conseil général.

Elle vise à regrouper, analyser conjointement et coordonner le traitement et le suivi des plaintes.

Cette cellule, rattachée à un comité départemental plus large de prévention et de lutte contre la maltraitance des personnes vulnérables, n'a pas été mise en place dans l'ensemble des départements.

Aussi, les propositions de la mission relatives à la mise en place d'un système de recueil et de traitement des plaintes et à la création d'une cellule qualité réunissant les différentes autorités concernées pourraient utilement s'appuyer sur ces comités pour leur mise en œuvre.

Réponses de la mission aux observations de la CNSA formulées dans le cadre de la procédure contradictoire

Recommandation n°12 :

Cette remarque ne contredit pas l'opinion de la mission selon laquelle trop de dispositifs d'évaluation nuisent à l'évolution.

Recommandation n°19 :

Ces dispositifs très intéressants seront à financer sur le long terme.

**Réponses de la mission aux observations de la
DGAS formulées dans le cadre de la procédure
contradictoire**

1. La prolifération des évaluations et des certifications

Réponse de l'IGAS Il peut sembler curieux de lutter contre la prolifération des certifications et évaluations, ...en ajoutant une évaluation des évaluations.

Plus sérieusement, la mission a constaté que les démarches de certification et d'évaluation ont été conçues pour des établissements, qui appliquent des processus de travail, qui produisent un service qui soit un minimum standardisable : ce n'est pas le cas en matière de service à la personne, dont la caractéristique essentielle est qu'il est rendu au domicile de la personne, par un intervenant qui est autant sous l'autorité de fait de celle-ci ou de ses proches que de son employeur, quand il est salarié d'un prestataire.

En revanche, il a semblé à la mission que le contrôle minimum n'était pas exercé : recueil, traitement et suivi des plaintes ; mise en place de garde-fous contre les abus et maltraitements, notamment financières. Ce contrôle peut être exercé sur le service prestataire lui-même, il doit alors dépasser le contrôle de la seule production de documents, et analyser les processus d'encadrement, de formation des intervenants et les rapports avec les usagers ; il peut aussi et c'est le sens de toute une partie du rapport, être exercé en mettant au plus près des usagers des possibilités de recours et de plainte. La mission maintient son observation selon laquelle, dans la contrainte de prix qui est imposée aux services à la personne, développer les obligations de certification et d'évaluation aboutirait à évincer une partie des usagers du recours à un prestataire, et ils recourront alors à l'emploi de gré à gré, sur lequel il est à peu près impossible d'exercer aucun contrôle externe.

2. Simplifier le cadre juridique en supprimant l'autorisation au profit de l'agrément

Réponse de l'IGAS La mission a considéré, suite à plusieurs rapports faits sur le sujet que le régime actuel prête à confusion et que son application par les Conseils généraux n'est pas toujours conforme aux législations en vigueur, notamment par rapport au droit de la concurrence.

Dès lors, elle a proposé, pour les services d'aide à domicile non médicaux la suppression du régime de l'autorisation. Pourquoi ? Le régime de l'autorisation, et son nom même l'indique, implique que l'activité ne peut être exercée que par des services autorisés. Sinon la tarification horaire de l'intervention qui est déterminée par le nombre d'actes rapporté à la totalité des charges du prestataire ne serait pas fiable d'une année sur l'autre. D'autre part, parce qu'appliquer un tarif de remboursement différent pour un même service contreviendrait aux règles de libre installation et de libre concurrence. Or le régime de l'agrément introduit des possibilités de distorsions dans ces deux domaines. Les deux régimes peuvent donc difficilement coexister et il paraît difficile de sortir les seules prestations rendues aux personnes âgées de plus de 70 ans ou dépendantes du régime de l'agrément qualité, sauf à interdire aux organismes de services de leur vendre des prestations de tous types : aide domestique, aide à la personne pour ses soins...

Enfin la mission, sans avoir effectué d'enquête dans un grand nombre de départements, constate (et a constaté sur d'autres sujets) que le contrôle n'est pas la fonction la plus développée dans les collectivités territoriales. Certes les DDTEFP (qui deviendront d'ailleurs des unités territoriales des DIRECTE) n'ont pas de compétences en matière médico-sociale. Cependant, les exemples donnés dans le rapport de missions conjointes de contrôle effectuées par tous les services de l'Etat sous l'égide du préfet plaident en faveur d'un recentrage de ceux-ci sur leur fonction de contrôle. Il a semblé à la mission plus facile d'ordonner une politique de contrôle à des services de l'Etat que de proposer à des collectivités territoriales qui s'administrent librement une organisation de leur fonction de contrôleurs.

Annexe : observations sur le rapport provisoire

Titre 2.2. page 4 : Dont acte, il ne nous semblait pas les avoir confondus

Titre 2.3. page 4 : Idem remarque précédente

§ 2 – 3 – 4 « introduction » : Certes, mais cela est précisé dans la note

1. Une démarche qualité difficile à développer

§ 18 : Dont acte : ces chiffres sont plus récents

2. Une abondance de textes sur la qualité

§ 32 – 33 – 37 – 47 : Dont acte, ce complément est utile, la mission avait tenté une formulation plus simple

§ 46 : A notre connaissance la CNSA est également impliquée

§47 : La mission n'a pas suggéré ceci, mais estime que selon l'adage bien connu, l'équité doit non seulement être réelle, mais en avoir les apparences ; c'est une question de principe, importante.

§ 51 – 52 : A rectifier

§ 55 : Dont acte

3. Une approche concrète peu convaincante

§ 57 : La mission examinait le processus et non pas la conjoncture particulière

§ 64 : Pour l'instant il s'agit de vœux pieux, puisque personne n'a encore eu connaissance de ces évaluations ni de leurs effets.

§ 71 – 72 : Il ne faudrait pas que les personnels d'Etat dépensent trop facilement l'argent... des collectivités territoriales. Les enquêtes menées tendent à montrer qu'un certain nombre de départements tentent de freiner la hausse en quantité et en qualité des emplois qualifiés pour des raisons de coût et non pas qu'ils financeraient des surcoûts par rapport aux normes législatives et réglementaires .

§ 80 : Nous ne disposons pas d'informations aussi optimistes auprès des acteurs eux-mêmes

§ 88 : Il nous semble que c'est ce qui est dit

§ 89 : Le droit européen sur les distorsions de concurrence fait-il partie du droit positif ?

§ 97 : Dans l'enquête effectuée par la mission, mais qui ne recoupe peut être pas les connaissances de terrain sans doute bien plus approfondies de la direction générale de l'action sociale, il apparaît que le CESU peut être affecté à un type de service ou d'intervenant, en accord bien sûr avec l'utilisateur. Quand ce sont des proches de la personne qui sont rémunérés avec des CESU, les équipes du conseil général effectuent des contrôles. Le niveau de contrôle est donc déjà plus important

puisque aussi bien l'usager ne peut pas encaisser le chèque sans l'utiliser pour rémunérer un service à la personne.

A terme télégestion et CESU pourront sans doute marcher de pair, dès que seront diffusés des moyens technologiques permettant de coupler le contrôle de la présence au domicile, celui de l'identité de l'organisme ou de la personne rémunérée, et leur conformité au plan d'aide.

§ 99 : C'est vrai, mais appliquons les

§ 100 : C'est vrai et cela constitue une distorsion de concurrence, notamment quand tous les prestataires ne sont pas autorisés et pire rémunérés au même taux.

§ 111 : La logique administrative française est souvent malthusienne : rendre difficile l'accès à un agrément, un statut, une prestation, un emploi de fonctionnaire et ensuite ne jamais remettre en question quoiqu'il arrive cet état. Le système d'autorisation participe de cette logique : il semble à la mission que l'agrément est plus facile à retirer, déjà il est accordé pour 5 ans et non pour 15 ans, ensuite la procédure de retrait n'est pas à ce point encadrée, enfin comme il n'y a pas d'approbation du budget, les frais de fermeture risquent moins d'être à la charge de l'autorité qui a retiré l'autorisation.

4. Une déficience du contrôle

§ 138 : Dont acte, cela complète la rédaction initiale

§ 144 : Cela ne fait-il pas partie de la libre administration des collectivités territoriales ?

5. Comment améliorer la qualité des interventions des services à domicile pour personnes âgées

§ 153 : On réitère la remarque sur les coûts et les pratiques des collectivités, à juste titre soucieuses de leur budget

§ 156 : Personne ne l'a jusqu'alors constaté

§ 158 & 184 : Cf..remarque précédente : que l'administration d'Etat contrôle l'application des lois et la conformité aux lois des décisions des collectivités territoriales avant de mettre en place des procédures coûteuses (pour les organismes et pour les collectivités) d'évaluation et de certification.

§ 188 : C'est justement le contenu qui importe à la mission

Il ne nous semble pas avoir confondu ces démarches, mais ce dont nous sommes sûrs, c'est que l'usager lui ne fait pas la distinction entre évaluation, certification label etc. label signifie dans la vie courante un haut niveau d'exigence, évaluation dans le langage courant a un petit air d'approximation ! Or il s'agit bien de vendre des services à des usagers et ces différentes démarches sont des arguments de vente.

§ 196 : Dont acte, mais encore une fois, sachons raison garder et privilégier le contrôle et l'encadrement de proximité

§ 212 : Oui

§ 218 & 228 : L'Etat et les intervenants peuvent s'engager sur une qualité de service, le peuvent-ils sur la qualité de vie ?

Recommandations 13 & 14 : Attendons que les services de l'Etat dans les départements soient réorganisés et en mesure de lire et ensuite éventuellement d'appliquer les circulaires souvent très complètes qui leur sont adressées sur de nombreux sujets.

Ce rapport s'adressant également aux conseils généraux, la mission a préféré avancer seulement l'idée d'une cellule de recours, libre à ceux-ci d'en déterminer les modalités, selon les diversités de situation.



Inspection générale
des affaires sociales
RM2009-035P

Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées

**RAPPORT DEFINITIF
ANNEXES**

Établi par

Bernadette ROUSSILLE

Hélène STROHL

Michel RAYMOND

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Juillet 2009 -

Sommaire

ANNEXE 1 : LEGISLATION ET REGLEMENTATION.....	7
1. AIDE AU MAINTIEN A DOMICILE PAR L'EMPLOI DE SERVICES A LA PERSONNE : UN FOUILLIS LEGISLATIF.....	7
1.1. <i>Un empilement de législations</i>	7
1.1.1. De la loi de 75 à la loi de 2002 : une extension du domaine de l'autorisation	7
1.1.2. Le financement de l'aide à domicile ressortit de différentes institutions.	7
1.1.3. La loi de décentralisation de 2004 a confié aux départements une mission générale de coordination de la politique menée en faveur des personnes âgées, dépendantes ou relevant de l'aide sociale.....	8
1.1.4. Le Code du travail privilégie le développement des services à la personne.....	8
1.2. <i>Les recoupements entre législations sont importants et leur mise en cohérence succincte voire déficiente</i>	9
1.2.1. L'institution d'un droit d'option entre les deux régimes, autorisation et agrément qualité pour le même type de service.....	9
1.2.2. Le parallélisme ou l'égalité entre les deux régimes n'est cependant pas totale.	10
1.2.3. Services autorisés : tarif opposable	11
1.2.4. Services agréés : un prix contractuel librement établi	11
1.2.5. La concurrence entre mode d'intervention autorisation et mode d'intervention agrément qualité n'est pas simple à concevoir	12
1.3. <i>La solvabilisation par l'APA ne devrait pas différer selon le statut de l'organisme</i>	12
1.3.1. Degré de dépendance, niveau de ressources des personnes déterminent le niveau maximum d'allocation personnalisée d'autonomie	12
1.3.2. La valorisation du plan d'aide s'entend de l'affectation de cette enveloppe en types et régimes d'interventions.....	12
1.3.3. Les règles ne prennent pas en compte la pression de la réalité.....	13
1.3.4. Ce n'est que par voie de circulaires que l'Etat a fixé les règles applicables par les Conseils généraux pour le remboursement des interventions à domicile	14
1.3.5. Economie administrée ou libre concurrence, il faut choisir	15
1.3.6. La mission a rencontré lors de ses trois déplacements des modes opératoires très différents	15
2. L'APPLICATION AU SECTEUR D'AIDE A LA PERSONNE DES DIRECTIVES EUROPEENNES EN MATIERE D'ACTIVITE ECONOMIQUE ET DE SERVICES	16
2.1. <i>L'activité de service à la personne est une activité économique de service, au sens de la législation européenne</i>	16
2.1.1. Une activité économique et de service	16
2.1.2. Des règles qui peuvent être appliquées avec mesure.....	16
2.1.3. Les décisions des organismes publics sont attaquables devant les juridictions administratives	17
2.2. <i>Une diversité de solutions possibles pour clarifier la situation</i>	17
3. L'AMELIORATION DE LA QUALITE DU SERVICE A LA PERSONNE EST-ELLE COMPATIBLE AVEC LE DEVELOPPEMENT QUANTITATIF DES EMPLOIS ?	19
3.1. <i>Logique de marché et logique d'économie administrée peuvent s'opposer</i>	19
3.2. <i>Des positions idéologiques recourent un âpre lutte pour des segments de marché</i>	19

3.3. Les départements ont-ils besoin de réguler la dépense d'APA par le rationnement de l'offre ?	19
---	----

ANNEXE 2 : QUALITE DES SERVICES D'AIDE A DOMICILE DES PERSONNES AGEES ...21

1. DANS LES TEXTES, LA QUALITE EST DESORMAIS UNE CONDITION D'OUVERTURE ET DE FONCTIONNEMENT DES SERVICE.....	22
1.1. L'ouverture et le renouvellement	22
1.1.1. L'agrément qualité.....	23
1.1.2. L'autorisation	27
1.2. Retrait de l'agrément et de l'autorisation	29
2. LA QUALITE : UNE DEMARCHE ENCOURAGEE PAR DIVERS DISPOSITIFS PUBLICS.....	30
3. CERTAINS GROUPEMENTS SE LANCENT DANS LA LABELLISATION	31
4. LA CERTIFICATION NE CONCERNE QU'UNE INFIME MINORITE PARMIS LES ORGANISMES AGREES QUALITE	31
4.1. QUALICERT.....	32
4.2. AFNOR	34
4.3. Le coût des certifications	35
5. DES PROCEDURES D'EVALUATION ET D'AUDIT ONT ETE MISES AU POINT	35
5.1. Pour les services autorisés	35
5.2. Pour les services agréées	36
5.3. Pour les services certifiés	37
6. LE CONTROLE DES ORGANISMES : UNE PRATIQUE PEU REPANDUE.....	38
7. LE RECOURS : UNE POSSIBILITE MECONNUE.....	39
7.1. Le fonctionnement général du CESU.....	40
7.2. Le Chèque Emploi Service Universel (CESU) a pris la place du Chèque Emploi Service, lui-même conçu sur le modèle du Chèque Restaurant ou Chèque vacances.....	40
Le CESU en ligne	40
7.3. Que peut-on rémunérer avec le CESU ?.....	40
7.4. Comment se fait le contrôle ?	40
7.5. 3 systèmes d'échange du CESU :	41
– Le CESU bancaire ou en ligne,	41
– Le CESU social	41
7.5.1. Avantages et inconvénients du système de CESU social	42
7.5.2. Le CESU améliore t il ou non la qualité ?.....	44
7.6. Le système du CESU social est-il généralisable à l'ensemble des départements et financeurs de prestations sociales ?	45
7.6.1. Le CESU RH	45

ANNEXE 3 : DEPARTEMENTS VISITES PAR LA MISSION

HAUTS DE SEINE	46
1. DONNEES DE BASE :	46
2. COUVERTURE DES BESOINS	46
3. CONTROLE	46

4. TARIFICATION ET APA	47
4.1. Etablissement du plan.....	48
4.2. Suivi	48
5. PLAINTES	48
6. INFORMATIONS DIVERSES FOURNIES PAR LES ORGANISMES RENCONTRES	49
7. POSITION DU CODERPA, DU CLIC ET DE L'ASSOCIATION FRANCE ALZHEIMER.....	50
PYRENEES ORIENTALES	50
1. LE FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DANS LES PO	50
1.1. Contexte :.....	50
1.1.1. Organisation des services	50
1.2. Comment est organisé l'aide à domicile dans les PO ?	51
1.3. La tarification	51
1.3.1. Le fonctionnement du CESU.....	52
1.3.2. Les divers contrôles mis en place dans les pyrenées orientales.....	53
1.4. Le contrôle de la réalité du plan d'aide et de la qualité sur place.....	53
1.5. Les contrôles des opérateurs par les services de l'Etat.....	53
1.6. Le Conseil général a développé ce qu'il appelle une démarche d'octroi d'un label	54
1.7. Les différents types de contrôle ne sont pas menés de manière cohérente et ne sont pas complémentaires.....	55
L'AIN.....	56
1. DONNEES DE BASE	56
2. COUVERTURE DES BESOINS	57
3. DEPENDANCE, APA ET TARIFICATION DU CONSEIL GENERAL	57
4. ETAT ET CONTROLE.....	58
5. APPRECIATIONS DES OPERATEURS ET USAGERS POUR L'AMELIORATION DE LA QUALITE DE SERVICE.....	58
6. PLAINTES	59

Annexe 1 : Législation et réglementation

1. AIDE AU MAINTIEN A DOMICILE PAR L'EMPLOI DE SERVICES A LA PERSONNE : UN FOUILLIS LEGISLATIF

La politique d'aide au maintien à domicile des personnes âgées s'est construite par strates successives, sans que le législateur fasse un travail complet de mise en cohérence des diverses mesures.

Or celles-ci obéissent à des objectifs différents, parfois contradictoires.

Il importe donc de revoir l'ensemble de la législation applicable pour hiérarchiser les mesures selon les grands principes et objectifs poursuivis.

1.1. *Un empilement de législations*

Quatre législations édifiées parallèlement et qu'on a négligé de mettre en cohérence.

1.1.1. **De la loi de 75 à la loi de 2002 : une extension du domaine de l'autorisation**

La loi de 1975 a organisé l'ouverture, le financement, la tutelle des établissements médico-sociaux. La loi de 2002 a repris dans ce qui est devenu l'article L.312-1 du CASF l'ensemble des établissements et services médico-sociaux, incluant dès lors les services d'aide à domicile pour personnes âgées dans le champ de l'autorisation.

Dès lors il en résulte des obligations envers les usagers (notamment le respect de leurs droits), l'inscription de l'ouverture de ces services dans une politique régionale (CROSMS), l'établissement de règles de financement pour le département et pour les services, l'obligation d'évaluation selon des procédures définies nationalement (ANESM).

Mais contrairement à d'autres établissements visés par l'article L.312-I, les services d'aide à domicile ne ressortissent pas du seul financement par les conseils généraux et leur fonctionnement n'obéit pas aux seuls objectifs médico-sociaux.

1.1.2. **Le financement de l'aide à domicile ressortit de différentes institutions.**

- les régimes de retraites, à côté des prestations en espèce versent des prestations en nature, notamment d'aide ménagère. Une enveloppe est déterminée au niveau national par les organismes nationaux (CNAV, MSA et RSI) et un tarif de remboursement déterminé ; les organismes locaux passent ensuite convention avec les opérateurs pour le tiers payant. Actuellement les enveloppes d'aide ménagère ne sont plus attribuées qu'aux personnes dont le degré de dépendance est le plus faible, GIR 5 et 6 ;
- au titre de l'aide sociale légale aux personnes âgées, le département développe une aide multiforme, en nature ou en espèces, à domicile ou en hébergement ; (L.113-1 : toute personne âgée de soixante-cinq ans privée de ressources suffisantes peut bénéficier, soit d'une aide à domicile, soit d'un placement chez des particuliers ou dans un établissement. Les personnes âgées de plus de soixante ans peuvent obtenir les mêmes avantages lorsqu'elles sont reconnues inaptes au travail.) La décision d'admission à l'aide sociale est

de la compétence du président du conseil général, l'appréciation des ressources se faisant selon un barème réglementaire.

- l'aide sociale légale sert à prendre en charge la dépendance et la nouvelle prestation, l'allocation personnalisée d'autonomie, selon un système de financement compliqué, organisant le partage du financement de l'APA entre les conseils généraux et l'Etat, par le biais de la CNSA.
- A ces prestations légales, s'ajoutent les prestations d'aide sociale facultative, tels l'aide ménagère facultative, le portage de repas, les services divers.

L'aide en nature en fonction du degré de dépendance des personnes, de leur niveau de ressources et de leur âge est une aide légale et obligatoire pour laquelle les organismes payeurs n'ont que peu de pouvoir de régulation de leurs dépenses, sauf à distribuer des prestations extra-légales, sus des légales. En revanche, par le biais des modes de tarification, des conventions passées avec les opérateurs, mais aussi du contrôle exercé sur les interventions financées, leur pouvoir d'organisation du service d'aide à domicile est important.

1.1.3. La loi de décentralisation de 2004 a confié aux départements une mission générale de coordination de la politique menée en faveur des personnes âgées, dépendantes ou relevant de l'aide sociale

L'article L 113-2 a confié au département la définition et la mise en œuvre de toute la politique en faveur des personnes âgées :

« Le département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale mentionné à l'article L 312-4, les actions menées par les différents intervenants, définit des secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public.

Le département met en œuvre les compétences définies au premier alinéa en s'appuyant notamment sur les centres locaux d'information et de coordination qui sont autorisés au titre du a de l'article 313-3.

Le département veille à la cohérence des actions respectives des centres locaux d'information et de coordination, des équipes médico-sociales mentionnées au premier alinéa de l'article L.232-3 et des établissements et services mentionnés au 6° de l'article L.312-1.

Le département peut signer des conventions avec l'Etat, les organismes de sécurité sociale ou tout autre intervenant en faveur des personnes âgées pour assurer la coordination de l'action gériatrique....

Pour favoriser l'évaluation des prestations servies aux personnes âgées par les collectivités publiques et institutions concernées, des conventions organisant des dispositifs d'observation partagée peuvent être passées entre l'Etat, le département, les organismes de protection sociale et toute commune souhaitant y participer. »

Force est de constater cependant que les départements ne disposent pas toujours des moyens nécessaires à l'exercice de cette coordination : l'action des organismes sociaux, en matière tant de tarif de remboursement des prestations d'aide à domicile que de détermination d'une politique globale de l'action sociale des régimes plus ou moins investie dans ce secteur échappant au pouvoir des conseils généraux.

1.1.4. Le Code du travail privilégie le développement des services à la personne

L'article L7231 du Code du travail définit les services à la personne :

« Les services à la personne portent sur les activités suivantes :

1. La garde d'enfants ;
2. L'assistance aux personnes âgées aux personnes handicapées ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile ou d'une aide à personne à leur

domicile ou d'une aide à la mobilité dans l'environnement de proximité favorisant leur maintien à domicile ;

3. Les services aux personnes à leur domicile relatifs aux tâches ménagères ou familiales.

L.7231-2 Des décrets précisent :

1° le contenu des activités de services à la personne mentionnées à l'article L.7231-1...

Cette législation a institué un régime d'agrément L.7232-1 du code du travail et un agrément qualité pour celles qui interviennent pour les personnes âgées et dépendantes.

Enfin, c'est un décret en Conseil d'Etat qui a déterminé les conditions de délivrance, de contrôle et de retrait de l'agrément des associations notamment les conditions particulières auxquelles sont soumises celles dont l'activité porte sur la garde d'enfants ou l'assistance aux personnes âgées, handicapées ou dépendantes et les modalités de mise en œuvre du régime de la décision implicite d'acceptation de cet agrément. Ce décret liste 21 activités et confie le soin de la réactualisation annuelle de cette liste à l'ANSP.

Cet article R.7232 précise plusieurs points d'articulation entre les législations :

Pour délivrer l'agrément qualité, il est nécessaire de demander un avis (non-conforme) au président du conseil général « sur la capacité des associations et des entreprises demandant l'agrément à assurer une prestation de qualité et sur l'affectation de moyens humains, matériels et financiers proportionnels à cette exigence. »

1.2. Les recoupements entre législations sont importants et leur mise en cohérence succincte voire déficiente

1.2.1. L'institution d'un droit d'option entre les deux régimes, autorisation et agrément qualité pour le même type de service

L'article L7232-2 prévoit que :

Les entreprises ou associations gestionnaires d'un service d'aide à domicile, agréées en application des dispositions de l'article L.723-1 du code du travail peuvent déposer une demande d'autorisation de créer un établissement ou un service dont l'activité relève du I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles sans que leur agrément au titre de la présente section soit remis en cause de ce seul fait.

A contrario L.7232-4 prévoit que :

Peuvent également être agréés pour leurs activités d'aide à domicile :

Les organismes publics ou privés gestionnaires d'un établissement de santé relevant de l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles.

L.7232-5 L'exigence de qualité nécessaire à l'intervention des associations, entreprises et établissements publics mentionnés ... est équivalente à celle requise pour les mêmes publics par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

L'article R.7232-6 prévoit que :

L'autorisation prévue par l'article L.313-1 du code de l'action sociale et des familles, obtenue par les services prestataires organisant l'aide et l'accompagnement à domicile relevant de L312I, 6) et 7° du CASF vaut agrément pour celles des associations et des entreprises qui satisfont à la condition d'activité exclusive prévue par l'article L.7232-3

L'arrêté d'autorisation du président du conseil général mentionne que la condition d'activité exclusive est satisfaite.

Dernière disposition commune : R.7232-14 : Le retrait d'autorisation vaut retrait d'agrément.

Tableau 1 : Comparaison des régimes d'autorisation et d'agrément qualité

Régime/ points comparés	Points communs	Agrément qualité	Autorisation
Etablissements concernés	Entreprises et associations gestionnaires d'un service à la personne PA,PH et enfants de moins de trois ans.	Toutes entreprises et associations oeuvrant au domicile des enfants, PA et PH	Aide et assistance à domicile pour PA et PH
Activités non concernées	Toutes celles qui ne sont pas dans les deux régimes,	Ménage SSIAD, SESSAD, SAMSAH, SAVS	Ménage
Texte	Ordonnance du 1 décembre 2005 instaure un droit d'option	Loi du 26 juillet 2005	Loi 2002 (2/02)
Autorité qui délivre	Au choix	Préfet du département siège	Président du conseil général
Obligations	Inscrire dans le contrat le choix agrément ou autorisation	Cahier des charges fixé par un arrêté du 24 novembre 2005	idem
Tarifification	Selon régime choisi	Prix fixé librement dans le cadre du contrat entre l'opérateur et le bénéficiaire Variation des prix : arrêté du ministère des finances Dans le cadre de l'APA, remboursement sur la base du tarif moyen de l'activité autorisée	Prix fixé par l'autorité qui délivre l'autorisation selon les procédures habituelles de négociation budgétaire, loi 2002_2
Durée		5 ans	15 ans, mais une évaluation deux fois
Portée	Portée de l'autorisation si l'autorisation vaut agrément	Nationale	Départementale voire infra-départementale
Renouvellement		Résultat de l'évaluation communiqué six mois avant le renouvellement du bilan	Si pas de renouvellement, obligation d'en avvertir l'organisme dans un délai
Evaluation	Selon le choix	Tous les 5 ans par un évaluateur liste ANESM Enquête annuelle auprès des bénéficiaires Bilan quantitatif et qualitatif transmis au préfet	
Suivi et contrôle a posteriori (légaux et obligatoires)	La DDASS au nom du préfet, pour tout ce qui concerne la sécurité, la santé, le bien être des personnes Par l'inspection du travail pour l'emploi des salariés	Par les bilans annuels Par la certification Par le contrôle de la DDTEFP sur l'adéquation avec le cahier des charges, notamment si agrément sous réserve Par le contrôle de la DDCCRF sur l'aspect information et absence de tromperie sur le produit	Par le président du Conseil général comme établissement autorisé Obligations d'évaluation interne selon un référentiel ANESM (non encore paru) et externe, deux fois en 15 ans par des organismes habilités ANESM
Suivi et contrôle facultatifs	Certification Labels internes à une fédération		
Recours des usagers	Le retrait d'autorisation vaut retrait d'agrément, portée ?		

1.2.2. Le parallélisme ou l'égalité entre les deux régimes n'est cependant pas totale.

En effet, si tous les organismes qui peuvent prétendre pour une activité exercée auprès des personnes âgées et/ou dépendantes, ni médicale, ni purement domestique peuvent solliciter autorisation ou agrément qualité et doivent exercer leur activité sous l'un des deux régimes

administratifs, ni l'accès, ni les conditions d'exercice de l'activité ne sont identiques dans les deux régimes.

En gros et pour le dire rapidement, tout organisme autorisé se voit **automatiquement** délivré un agrément qualité et le numéro correspondant qui permettra aux clients de bénéficier des déductions fiscales afférentes. L'organisme quant à lui bénéficiant des déductions fiscales et sociales. Mais, le seul fait pour un organisme d'avoir été agréé qualité, ne lui donne aucunement accès à l'autorisation, dont l'octroi reste compétence du président du conseil général et obéit outre les critères de qualité et d'exclusivité à une analyse de l'offre de services.

1.2.3. Services autorisés : tarif opposable

Les conséquences du régime d'autorisation et du régime d'agrément qualité quant à la fixation du tarif de remboursement APA ne sont pas les mêmes.

Le régime d'autorisation emporte pour le Conseil général, financeur de l'APA obligation de tarifier le service, selon les critères de l'article L.314 du CASF et plus particulièrement de l'article R.314-130 à 136 du même code. Il s'agit d'un tarif « opposable », c'est-à-dire le tarif que « doit » appliquer l'organisme. Les règles de la tarification sont particulièrement énoncées dans cet article, selon lesquelles :

Dans le cadre de la tarification, le Conseil général négocie des budgets avec les services qu'il autorise. C'est sur la base de ces budgets qu'il détermine un tarif de remboursement des heures d'intervention, dont il payera la part qui lui revient en fonction des ressources des usagers, soit à l'usager, soit directement à l'opérateur choisi par celui-ci. Dans la détermination de ce tarif, le conseil général doit prendre en compte au titre de l'APA le coût direct des intervenants à domicile (aides à domicile et auxiliaires de vie), les frais de structure (loyers, administration, impôts...) et les frais de coordination, encadrement et soutien.

Le tarif horaire de l'intervention est calculé de la manière suivant : au numérateur, les dépenses directes et indirectes acceptées et au dénominateur, le nombre d'heures prévisionnelles acceptées.

Il est prévu que ces montants peuvent être versés sous forme de dotation globale, par convention, convention à la partie de laquelle peuvent être les organismes de sécurité sociale et de retraite.

Selon les règles applicables à l'autorité de tarification pour les établissements et services définis à L.313-I du Code de l'action sociale et des familles, l'autorité de tarification ne peut fonder son refus de certaines dépenses que sur deux raisons, l'incompatibilité des prévisions avec les enveloppes limitatives (objectif départemental de progression des dépenses), ou le caractère manifestement excessif de ces prévisions en regard du service rendu ou du coût moyen.

1.2.4. Services agréés : un prix contractuel librement établi

L'article L.347-1 du code de l'action sociale et des familles (ordonnance du 1^o décembre 2005) établit les conditions de tarification par les services prestataires agréés de leurs prestations : Dans les services mentionnés au 2^o de l'article L.313-1-1, les prix des prestations de service sont librement fixés lors de la signature du contrat conclu entre le prestataire de service et le bénéficiaire.

Les prix des prestations contractuelles varient ensuite dans la limite d'un pourcentage fixé par arrêté du ministre des finances compte tenu de l'évolution des salaires et du coût des services.

Il s'agit donc d'un prix librement négocié entre l'usager et l'organisme prestataire.

1.2.5. La concurrence entre mode d'intervention autorisation et mode d'intervention agrément qualité n'est pas simple à concevoir

Le système de fixation des prix par une tarification sur la base de laquelle les opérateurs autorisés seront remboursés par le département s'inscrit dans un contexte dans lequel ces opérateurs sont concurrencés par d'autres opérateurs, soit prestataires non autorisés, mais agréés qualité, soit mandataires agréés qualité, soit même salariés ayant passé un contrat de gré à gré avec les bénéficiaires employeurs. Or, comme on vient de le voir, un des paramètres du tarif horaire est le nombre d'heures prévisionnelles. On peut se dire que ceci pousse les financeurs à « réserver » une part de l'offre, en tout cas prévisionnelle, à ces opérateurs autorisés. Car si le nombre d'heures d'intervention réalisées devait être moindre que le nombre d'heures prévisionnelles, mécaniquement le coût unitaire risquerait de croître, sauf à faire porter l'ensemble de la régulation de l'activité par les salariés, dont on diminuerait le temps de travail ou qu'on licencierait.

Les règles concernant la fixation du prix de remboursement de la prestation d'un opérateur agréé qualité ne sont pas plus simples. L'article R.232-9 dispose en effet que la valorisation des plans d'aide se ferait en référence aux conventions collectives, soit applicables aux salariés de la branche d'aide à domicile agréés, soit celles relatives à la convention collective nationale des salariés du particulier employeur. Sans qu'il soit fait référence à un mode de calcul incluant des coûts de structure et des coûts de soutien et d'accompagnement des salariés. Et nonobstant le fait qu'il n'existe pas encore de convention collective étendue aux entreprises de services à la personne.

Les difficultés nées de la concurrence entre un dispositif autorisé et tarifé et un dispositif concurrentiel et contractuel sont parfois gérées par les conseils généraux au mépris de la liberté de concurrence, car ils refusent de rembourser des opérateurs non autorisés (qu'ils ont refusé d'autoriser) au même tarif que ceux qu'ils ont autorisés. Les remboursant au tarif mandataire voire de gré à gré.

1.3. La solvabilisation par l'APA ne devrait pas différer selon le statut de l'organisme

1.3.1. Degré de dépendance, niveau de ressources des personnes déterminent le niveau maximum d'allocation personnalisée d'autonomie

L'APA est une prestation universelle en nature. Lorsque la personne bénéficiaire réside à domicile, l'APA est affectée à la couverture des dépenses de toute nature relevant d'un plan d'aide élaboré par une équipe médico-sociale (du département ou d'un organisme de sécurité sociale). Le montant maximum du plan d'aide est fixé au niveau national en fonction du degré de dépendance. La participation du financeur à la prestation dépend donc de la fraction du plan d'aide accordé utilisée, et des ressources de l'intéressé. La valorisation du plan d'aide pris en charge par l'APA est effectuée ainsi : « quel que soit le degré de perte d'autonomie du bénéficiaire de l'APA, le montant de celle-ci est modulé, dans des conditions fixées par voie réglementaire, suivant l'expérience et le niveau de qualification de la tierce personne ou du service d'aide à domicile auquel il est fait appel. » (L.232-6, 3^oalinéa).

Pour résumer : le degré de dépendance de la personne détermine un montant maximum d'allocation ; le montant de ses ressources détermine sa participation à ce financement, au moins égale à 10%.

1.3.2. La valorisation du plan d'aide s'entend de l'affectation de cette enveloppe en types et régimes d'interventions

Dans cette enveloppe, l'équipe médico-sociale va déterminer un plan d'aide, concret (des aides matérielles, des heures d'aide à domicile, d'auxiliaire de vie) et ajuster le plan d'aide à l'enveloppe disponible, en modulant les modes d'intervention choisis (prestataire, mandataire ou

emploi direct) et les niveaux d'expérience et de qualification des personnes intervenant. Et selon les textes, c'est ensuite que les personnes choisiront les intervenants.

En effet, selon l'article L.232-7, « dans le délai d'un mois à compter de la notification du décision d'attribution de la prestation, le bénéficiaire doit déclarer au président du conseil général le ou les salariés ou le service d'aide à domicile à la rémunération desquels est utilisée l'allocation personnalisée d'autonomie », disposition qui exclut la valorisation « fléchée » du plan d'aide.

Cette disposition est cependant complexe d'application : en effet, comme on l'a vu jusqu'alors, les critères de fixation des prix ne sont pas les mêmes selon que le régime est l'autorisation ou l'agrément.

1.3.3. Les règles ne prennent pas en compte la pression de la réalité

- Valoriser un plan d'aide, c'est-à-dire calculer le nombre d'heures mensuelles d'intervention auprès d'un bénéficiaire, sans connaître le tarif de celles-ci relève de la gageure.
- Les bénéficiaires de l'aide sont dépendants en réalité de l'offre de services : plus celle-ci est restreinte, plus leur choix est déterminé. Mais plus celle-ci est abondante, moins l'activité est rentable et ce pour plusieurs raisons : l'éparpillement des interventions d'organismes différents sur un territoire donné renchérit le coût de l'intervention, notamment du fait du temps de transport entre deux missions, pour les intervenants et pour l'encadrement ; il est nécessaire que les organismes aient une taille leur permettant d'amortir des frais fixes de structure et d'accompagnement sur un volume d'interventions suffisant ; les financeurs, conseil général et usagers seront susceptibles face à une multitude d'intervenants de faire baisser les prix.
- La régulation de l'offre de services est pour le département, garant de la coordination de la politique d'aide aux personnes âgées sur son territoire, une nécessité, à la fois pour faire des prévisions budgétaires solides et pour assurer la continuité du service. En ce sens, la coexistence des deux types de détermination du coût, tarification et contractualisation avec l'utilisateur ne facilite la tâche à personne et nuit à la concurrence. Le libre jeu de la concurrence a aussi des risques, dont celui de laisser sans services des parties du territoire, notamment rurales, dans lesquelles le service est moins rentable, notamment du fait des déplacements entre bénéficiaires.

Selon une étude réalisée pour l'ANSP :

- « Il existe désormais, pour les organismes prestataires intervenant dans le domaine des services à la personne, deux statuts distincts. Les uns, relevant du régime de l'autorisation restent soumis aux dispositions du titre Ier du livre 3 du CASF. Ils sont soumis à un régime de tarification opposable. Les autres relèvent du régime créé par les articles L.129-1 du code du travail et les articles L.347-1 et L.347-2 du CASF relatifs aux « services d'aide et d'accompagnement non soumis à autorisation » qui leur donnent une liberté tarifaire contrôlée. Lorsque leurs prestations sont prises en charge, totalement ou partiellement, par une prestation sociale obligatoire, les pouvoirs publics ne fixent que des tarifs de responsabilité. Toutefois, si cela est explicite s'agissant de la prestation de compensation du handicap, en vertu de l'arrêté fixant les tarifs de l'élément aide humaine de la prestation de compensation, cela reste implicite s'agissant de l'APA. »¹

¹ Consultation effectuée pour l'ANSP par Jean-Louis Lesquins, DS Avocats, *Assistance juridique relative aux conditions d'exercice applicables aux services d'aide à la personne*

1.3.4. Ce n'est que par voie de circulaires que l'Etat a fixé les règles applicables par les Conseils généraux pour le remboursement des interventions à domicile

La loi est silencieuse sur l'obligation faite aux départements d'appliquer un même tarif (de responsabilité ou opposable) à tous les opérateurs. Les circulaires ont cependant édicté des règles. Mais les conseils généraux, auxquels aucune circulaire ne peut imposer de règles, font ce qu'ils veulent.

« Des Conseils généraux peuvent rencontrer des difficultés pour calculer le montant de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA° lorsque le bénéficiaire de cette prestation choisit, pour mettre en œuvre son plan d'aide personnalisé, un prestataire de services ayant opté pour l'agrément, et donc libre de fixer ses tarifs. Dans ce cas l'administration préconise de calculer ce montant soit sur la base du tarif prestataire de référence fixé par le président du conseil général, soit sur la moyenne des tarifs que ce dernier a arrêté pour les différents services prestataires d'aide à domicile.

Ce tarif doit être identique ou en tout cas comparable à ceux appliqués pour des prestations équivalentes, afin de ne pas créer de distorsion de concurrence entre les services prestataires suivant qu'ils ont opté pour l'autorisation ou l'agrément. Il appartiendra aux services des conseils généraux d'informer très précisément le bénéficiaire de l'APA lors de l'élaboration du plan d'aide et dans le cadre de la notification de la décision des bases sur lesquelles sa participation a été calculée (tarif prestataire de référence ou moyenne) afin qu'il puisse choisir en connaissance de cause l'organisme auquel il aura recours. Dûment informé, il pourra alors convenir du prix de la prestation avec le prestataire par contrat et assumer, le cas échéant, le reste à charge. »

Lette circulaire ACOSS n° 2006-087 du 3 août 2006 disponible sur www.urssaf.fr

Circulaire ANSP n° 2006-1 du 16 août 2006 disponible sur www.servicesalapersonne.fr

Circulaire ANSP/DGEFP/DGAS n°1-2007 du 15 mai 2007

Or, dans la mesure où nombre de députés et sénateurs avaient fait part de leur inquiétude quant à ce droit d'option qui selon les termes par exemple de la députée PS Danièle Hoffman-Rispal mettrait sur le même plan les publics vulnérables et les personnes ne rencontrant pas de difficultés et marquerait « un retour en arrière en assimilant les services d'aide à domicile du secteur médico-social à ceux du secteur marchand » (rapport A.N.n° 2357, juin 2005, Giro, page 25), il n'est pas étonnant de trouver nombre de Conseils généraux qui n'appliquent pas les règles édictées par voie de circulaire.

D'autant que les explications gouvernementales lors du débat au Parlement sur la loi relative au développement des services à la personne, la ministre déléguée à la cohésion sociale et à la parité n'avait pas véritablement défendu d'équivalence entre ces deux types de services, « le régime d'autorisation se justifie parce qu'il concerne des structures destinées à accueillir des personnes vulnérables nécessitant une prise en charge adaptée et parce qu'il ouvre droit, selon le cas, à des financements des conseils généraux, de l'Etat ou des caisses de sécurité sociale. La contrepartie de ces financements directs est un ensemble de contraintes en matière de tarification administrée, de programmation, d'évaluation, de contrôle des droits des usagers. (le régime de l'agrément, quant à lui impose) des contraintes comparables en matière de qualité, mais laisse plus de liberté s'agissant de la tarification et de la programmation : il donne lieu non à une aide directe, mais à une exonération de charges patronales de sécurité sociale. Les services concernés sont donc plus légers, destinés à un public beaucoup plus large et plus vulnérable. » J.O.Sén(CR) n°56 du 28-06-05, page 4595.

1.3.5. Economie administrée ou libre concurrence, il faut choisir

In fine, difficile de savoir pourquoi on a institué un droit d'option au lieu de tout simplement supprimer pour les services d'aide à domicile (et non pas pour les SSIAD) l'autorisation. Ce qui aurait mis tous les services sur un pied d'égalité quant à la qualité de service requise, mais aussi aux règles de tarification. Le département aurait simplement dans ces cas fixé un tarif de référence pour le remboursement de l'APA et de l'aide ménagère aide sociale et les organismes auraient fixé leur tarif en fonction de ce tarif de référence.

Restait à trancher pour savoir si le tarif était de responsabilité ou opposable.

La logique des deux modes d'établissement des coûts, tarification et opposabilité ou fixation contractuelle avec les prestataires et évolution encadrée des prix n'est pas la même.

La logique du tarif opposable garantit une égalité d'accès des usagers à une prestation identique. La logique du tarif contractuel leur laisse le choix, mais bien évidemment dès lors que les restes à charge peuvent être élevés, l'accès égal n'est plus garanti. Cependant, la prestation personnalisée d'autonomie est modulée selon les ressources des personnes, ce qui réintroduit une égalité d'accès pour les personnes à faible revenu et d'autre part, quel que soit le régime de tarification et d'aide, dès lors qu'il existe un système de déduction fiscale pour les inactifs qui solvabilise un complément d'intervention par rapport au plan d'aide, il est difficile de parler d'égalité.

On peut considérer que ces inégalités sont scandaleuses ou alors qu'elles ne font que prolonger les inégalités de conditions de vie avant la dépendance ou les inégalités de qualité des établissements de retraite selon leurs tarifs. Dans la mesure où le maintien à domicile se fait au domicile, il est assez logique que les inégalités de conditions de vie et d'accès aux aides domestiques ne soient pas corrigées du fait de la dépendance.

1.3.6. La mission a rencontré lors de ses trois déplacements des modes opératoires très différents

Dans l'Ain, le conseil général fixe un tarif horaire, selon les règles du CASF aux organismes autorisés. Les usagers quant à eux s'acquittent du pourcentage dû sur la base d'un tarif horaire départemental, unique. Le conseil général rembourse les organismes de la part d'APA due, en corrigeant les différences entre le coût horaire tarifé et celui payé par l'utilisateur.

Quant aux organismes agréés qualité, ils ne sont pas autorisés et s'ils intervenaient, ce serait l'utilisateur qui les paierait et serait remboursé sur la base du tarif intervenant direct. (gré à gré) Concrètement, les organismes autorisés se partagent le marché des bénéficiaires de l'APA.

Dans les Hauts de Seine, un même tarif « de responsabilité » est payé aux organismes autorisés (mais non tarifés) et agréés, prestataires.

Dans les Pyrénées orientales, l'ensemble du dispositif est délégué à un émetteur CESU qui rembourse aux organismes les heures d'intervention rémunérées par chèque emploi service distribué par le CG.

Nombre d'entreprises, aux dires des deux fédérations d'entreprises de service à la personne (FEDSAP et FEDEP) se plaignent d'être écartées du conventionnement avec les conseils généraux et les organismes sociaux (cf. lettre envoyée par la MSA à une entreprise), voire d'être remboursées sur la base du tarif mandataire, c'est-à-dire le coût horaire du salarié augmenté seulement du coût de gestion du personnel, recrutement, gestion de la paie.

Les cas dans lesquels comme dans l'Ain, c'est le tarif salarié de gré à gré qui est proposé sont plus rares.

2. L'APPLICATION AU SECTEUR D'AIDE A LA PERSONNE DES DIRECTIVES EUROPEENNES EN MATIERE D'ACTIVITE ECONOMIQUE ET DE SERVICES

2.1. *L'activité de service à la personne est une activité économique de service, au sens de la législation européenne*

2.1.1. Une activité économique et de service

Les études juridiques menées pour le compte de l'ANSP aboutissent nettement à la conclusion selon laquelle « les prestations de service à domicile, y compris celles rendues à des personnes handicapées ou dépendantes, bénéficiaires d'allocations publiques, seront considérées comme des activités économiques au sens des règles de concurrence... De même, ces prestations seront bien considérées comme des services, au sens des règles relatives à la libre prestation et au libre établissement, au moins dans le chef des organismes exerçant en forme de sociétés commerciales. En toute hypothèse, les organismes bénéficiaires du régime d'agrément national, qui peuvent être constitués sous forme de sociétés, sont clairement dans le champ de la directive et peuvent s'en prévaloir, dans les conditions précisées par la directive. »

L'application de ces règles rend illégales l'octroi de subventions par les organismes publics à certains organismes d'aide à la personne, ou en tout cas les oblige à en notifier le versement à la Commission pour que celle-ci en contrôle la compatibilité.

Les autorités publiques, dès lors que ces activités s'inscrivent comme activité économique et services dans le champ européen, doivent, même en l'absence de texte « veiller à ce que les modalités d'instruction des demandes dont elles sont saisies n'aient pas eu pour effet de conduire à empêcher, restreindre ou fausser le jeu de la concurrence sur un marché notamment en limitant de façon excessive l'accès au marché ».

Ce principe a pour conséquence, nous dit cette étude :

- aucune des décisions des autorités publique ne doit être de nature à entraver l'accès au marché d'organismes prestant des services à la personne ou contraindre tels organismes à exercer dans des conditions ne garantissant pas l'égalité dans la concurrence, dès lors que ces organismes remplissent les conditions d'exercice fixées par la loi et que ces conditions sont elles-mêmes compatibles avec les principes du traité CE ;
- aucune de leurs décisions ne doit mettre de telles entreprises en position d'enfreindre les règles relatives aux ententes et aux abus de position dominante ;
- l'attribution de droits exclusifs ou spéciaux à certains organismes, sans être impossible, doit être justifiée par des raisons tenant à l'intérêt général et être proportionnée aux nécessités de la poursuite de cet intérêt ;
- l'attribution de subventions, notamment pour compensation de charges liées à la mission d'intérêt général, est soumise aux règles procédurales et substantielles afférentes au contrôle de la compatibilité de ces aides avec le marché commun. Sauf dérogation expresse, elles en peuvent les attribuer sans les avoir préalablement notifiées à la Commission européenne, l'absence de notification rendant l'aide illégale et tout juge pouvant en ordonner la restitution.

2.1.2. Des règles qui peuvent être appliquées avec mesure

Mais il apparaît également qu'un certain nombre de tempéraments au dur exercice de la concurrence et de la liberté de service sont possibles, dès lors qu'ils seraient motivés au nom de l'intérêt général notamment.

« D'une manière générale, les dispositions du traité relatives au marché intérieur ne font pas obstacle à ce que pour des raisons dictées par l'intérêt général, des législations nationales soumettent l'exercice de certaines activités de services à autorisation, procédure à laquelle devront également se soumettre les entreprises issues d'autres Etats membres... Mais aucune décision de l'autorité publique ne doit opérer une discrimination entre opérateurs économiques, ni à raison de leur nationalité, ni à raison de leur statut ou de leur mode de financement et notamment empêcher l'accès au marché d'opérateurs habilités, sauf si de telles restrictions étaient indispensables à la sauvegarde de l'intérêt général. »

Dans cette optique, il apparaît qu'il est possible qu'existent des conditions d'exercice différentes, à condition qu'elles ne constituent pas une discrimination ou une entrave à la liberté d'établissement.

2.1.3. Les décisions des organismes publics sont attaquables devant les juridictions administratives

Toute délibération d'un Conseil général affectant le fonctionnement du secteur des services à la personne, les conditions d'exercice, les actes de tarification ou la valorisation des plans d'aides ne peuvent être contestées que devant le tribunal administratif. Qui peut saisir le conseil de la concurrence pour avis, sans être lié par celui-ci.

Les décisions de caractère réglementaire et général, mais aussi les décisions individuelles concernant les organismes prestataires, les conventions ou les refus de conventions avec eux peuvent être déférées devant le tribunal administratif par toute personne ayant intérêt à agir ainsi que par le Préfet qui peut demander au président du conseil général communication de toute décision prise par lui non visée par les obligations de transmission dans le cadre du contrôle de légalité.

Les contentieux relatifs aux décisions prises par le conseil général accordant le bénéfice de l'APA à des particuliers, en ce compris le mode de valorisation du plan d'aide, les tarifs pris pour référence, l'éventuelle obligation que le service respecte les tarifs en cause pour la fixation de son prix sont ouverts devant les juridictions spécialisées, les commissions départementales d'aide sociale et la commission centrale d'aide sociale en voie de recours et le conseil d'état en voie de cassation.

S'agissant enfin du non respect des règles de concurrence ou d'établissement de services par les organismes sociaux, tels les mutuelles, les CRAM, les MSA, il apparaît que si elles sont en position dominante sur un marché déterminé (les CRAM pour les prestations servies aux retraités du régime général, les autres organismes sociaux pour leurs assujettis obligatoires) elles ne doivent pas opérer de discriminations entre organismes relevant de modes d'intervention différents (intervention en mode prestataire ou mandataire) sous peine de répondre à la fois devant le Conseil de la concurrence et devant les juridictions civiles.

2.2. Une diversité de solutions possibles pour clarifier la situation

Il n'apparaît pas à l'Inspection générale de bonne administration publique que l'on ait empilé tellement de législations successives, sans souci d'harmonisation entre elles et avec les directives européennes, qu'une agence nationale soit obligée de recourir à la consultation d'un avocat pour comprendre l'articulation et l'application de ces règles !

De fait, chaque pan législatif a été élaboré sous l'égide d'un acteur national particulier, CNSA, ANSP, DGEFP, DGAS sans qu'une direction centrale n'assure une mise en cohérence de la législation. Pire encore, certaines incohérences ont été rattrapées « en catimini », (par ordonnance plutôt que par voie législative) par rapport au Parlement, dont on craignait des réactions hostiles. Ainsi de l'ordonnance sur le droit d'option, corrigeant l'entrave à la concurrence que constituait le refus de certains conseils généraux d'autoriser des organismes à but lucratif, correction cependant

si obscure que son application dépend totalement du point de vue politique et idéologique des autorités locales.

Il apparaît nécessaire qu'au niveau national quelques grands principes soient rappelés et que les préfets jouent leur rôle de garants de la légalité des décisions prises par les collectivités territoriales.

Ainsi ne devrait pouvoir être prise aucune mesure interdisant, par quelque moyens que ce soit, refus de conventionnement, application d'un tarif inadéquat au mode d'exercice l'accès au « marché » d'organismes discriminés pour leur statut, leur mode d'intervention. En revanche, les autorités publiques sont tout à fait en mesure de réguler l'adéquation de l'offre et de la demande de services à la personne pour personnes âgées par des biais qui respecteraient la concurrence et le libre établissement. Diverses solutions sont possibles allant du plus grand libéralisme économique à une certaine régulation par la qualité.

La régulation par le marché seul vise un système dans lequel les conseils généraux fixeraient un tarif de responsabilité, selon le mode d'intervention et les niveaux de qualification ou d'expérience exigées, mais laisseraient les organismes libres de fixer leur prix, dans le cadre contractuel existant.

L'encadrement de tous les services prestataires aboutirait à une tarification de tous les services, autorisés et agréés. Elle nécessiterait une disposition législative et s'oppose d'une certaine manière à la volonté de libérer ce marché pour créer des emplois.

Entre ces deux solutions extrêmes, la voie conventionnelle peut constituer une voie médiane.

L'existence de conventions entre les organismes agréés et les conseils généraux et organismes de protection sociale peut avoir pour seul objet d'apporter des garanties de qualité ; le tarif de remboursement serait le tarif moyen prestataire autorisé et l'organisme agréé conserverait la possibilité de pratiquer des prix plus élevés en lien contractuel avec les usagers. Néanmoins l'existence de telles conventions ne saurait s'apparenter à une condition d'exercice d'activité.

Il est proposé alors que de telles conventions soient ou bien seulement axées sur des conditions de qualité, continuité du service, certification ou labels qualité, couverture territoriale, soit comportent une clause tarifaire, du type de celle que concluent certaines mutuelles avec les praticiens de santé, tarif de responsabilité en échange d'un maximum tarifaire. Certains imaginaient même que ces tarifs pourraient tenir compte de certaines contraintes imposées aux organismes et également des politiques d'investissement garantissant une meilleure qualité de service (télégestion, encadrement renforcé, formation des intervenants...).

Très clairement les solutions sont peut être à diversifier selon la nature des besoins et des ressources des départements, dans certains la pénurie de main d'œuvre imposant une hausse des tarifs par exemple, dans d'autres l'existence de monopoles ayant conduit à imposer des tarifs trop élevés.

3. L'AMELIORATION DE LA QUALITE DU SERVICE A LA PERSONNE EST-ELLE COMPATIBLE AVEC LE DEVELOPPEMENT QUANTITATIF DES EMPLOIS ?

3.1. Logique de marché et logique d'économie administrée peuvent s'opposer

De manière caricaturale, on pourrait dire que le « secteur » du service à la personne dans son segment aide au domicile de personnes âgées semble parfois se vivre comme l'irruption dans la forteresse protégée d'une économie administrée de prédateurs adeptes du lucre à tout prix.

Pourtant, dès lors qu'une grande partie de la demande de services n'existe que grâce à une solvabilisation publique légalement organisée, la régulation par l'offre apparaît quelque peu superfétatoire et en tout cas ne représente pas à elle seule un gage de qualité.

3.2. Des positions idéologiques recourent un âpre lutte pour des segments de marché

Le système de l'autorisation des services d'aide à domicile, ultime conquête des organismes de gestion médico-sociaux s'inscrit dans une logique de planification de l'offre et de régulation de la demande par celle-ci.

Dès lors que cette logique souffre des exceptions et notamment qu'elle n'implique pas une exclusivité de droit d'exercice réservée aux organismes autorisés, l'efficacité du système s'effrite.

Pire même, dès lors que les conseils généraux auraient passé des conventions de tiers payant avec des organismes tarifés qui ne pourraient pas satisfaire à leurs prévisions du fait de la concurrence d'organismes agréés, ils pourraient devoir financer les pertes d'exploitation. D'ores et déjà d'ailleurs, certains conseils généraux subventionnent des associations autorisées, en sus du tarif, pour des fonctions plus ou moins bien assurées de coordination, pivot ...

On ne peut cependant pas dire que l'ouverture totale à la concurrence du secteur serait toujours de nature à améliorer la qualité et le coût du service. En effet, les pénuries de main d'œuvre, mais aussi la nécessité pour les organismes de disposer d'un volant d'heures d'intervention suffisant pour que les coûts fixes de gestion et d'encadrement ne grèvent pas outrancièrement leur coût horaire plaident pour une croissance modérée du secteur.

Enfin, la régulation par le seul choix des usagers, au détriment d'une intervention des équipes du conseil général notamment pour s'assurer d'une couverture harmonieuse du territoire, risquerait d'aboutir à un renchérissement des coûts d'intervention par l'intégration de coûts de transports et peut être à des défauts d'offre sur certains pans du territoire plus excentrés, moins denses démographiquement.

3.3. Les départements ont-ils besoin de réguler la dépense d'APA par le rationnement de l'offre ?

L'APA est une prestation d'aide sociale, légale et universelle. Elle est octroyée, sous le contrôle du juge, sur la base de critères objectifs, le degré de dépendance et le niveau de ressources des personnes. Toute tentative de contingentement du volume global de l'offre d'intervention risquerait de se traduire par un déni de droit, les personnes ne pouvant rendre effectif le plan d'aide octroyé.

En revanche, le niveau de l'offre d'intervention selon les régimes prestataire, mandataire, prêt de main d'œuvre ou emploi direct est susceptible d'influer sur la qualité et sur le coût des plans d'aide. Dans la mesure où par le biais de l'autorisation et de l'agrément qualité, de toute façon le

département n'atteint pas l'offre en emplois directs et n'atteint qu'indirectement l'offre mandataire, il s'agit encore d'un moyen inefficace de structuration de l'offre.

Dès lors, apparaissent comme seuls efficaces pour réguler et structurer l'offre d'aide à domicile les moyens suivants :

- la qualité de l'évaluation et du suivi des interventions par les équipes médico-sociales ;
- tous systèmes tendant à favoriser les intervenants de qualité : par des conventions de tiers payant, par des conventions de partenariat et d'engagement réciproque ; par l'aide aux organismes acceptant certaines contraintes (territoriales), des améliorations des qualifications des personnels, des impératifs d'intervention (continuité y compris soir et week-ends et vacances ; stabilité maximale du personnel...) et d'encadrement des interventions (recours, registres, encadrement et soutien...) ;
- le contrôle de l'effectivité des interventions.

Il apparaît donc que dès lors qu'existent à la fois le système de solvabilisation de l'aide à domicile par l'APA et le contrôle a priori de la qualité des opérateurs par le système de l'agrément qualité (et son retrait possible), il n'est plus nécessaire de conserver un régime d'autorisation.

Plutôt que de continuer à empiler les législations normatives, dont l'abondance garantit l'inapplication, ne devrait-on pas signer des conventions pluri-annuelles incitant à une amélioration de la qualité des interventions et une affectation des opérateurs harmonieuse selon les territoires ?

Annexe 2 : qualité des services d'aide à domicile des personnes âgées

Il est traité ici de la qualité dans l'activité d'assistance à domicile des personnes âgées "qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile"², hors actes de soins relevant d'actes médicaux : aide au titre des actes essentiels de la vie courante, aide ménagère, accompagnement dans les activités de la vie sociale et relationnelle. Les soins infirmiers à domicile ne sont abordés que dans leur relation aux autres activités des services à la personne.

La définition et la recherche de la qualité sont très présentes au niveau des procédures, qu'il s'agisse de procédures de droit public ou de procédures volontaires de droit privé.

La qualité est présente à l'amont et conditionne l'agrément ou l'autorisation par les pouvoirs publics, nécessaires, pour les organismes de services à la personne (mais non nécessaire pour exercer une activité régie par une relation de gré à gré) - qu'ils soient prestataires, de mise à disposition ou mandataires-, s'ils veulent obtenir les avantages prévus pour les services d'aide à la personne :

- pour le bénéficiaire : la réduction ou le crédit d'impôt, les exonérations patronales, le paiement par CESU,
- pour l'organisme : le taux réduit de TVA et les exonérations patronales, dans certains cas, y compris pour le personnel administratif

Elle est présente aussi, en cours de fonctionnement, les pouvoirs publics ayant promu des processus de démarche qualité et d'accompagnement vers la qualité et des recommandations de bonne pratique.

Elle est présente enfin ex post et périodiquement, à travers les obligations d'évaluation qui sont désormais systématiquement prescrites par des textes législatifs ou réglementaires.

Par ailleurs, la qualité peut faire l'objet de démarches volontaires de la part des organismes souhaitant une certification.

Dans les deux cas, prescriptions et normes administratives ou certification, des contrôles sont prévus. Le problème est de savoir si et comment ils sont effectués et quel est leur effet.

On soulignera que, si les démarches qualité peuvent être encouragées par des financements publics (voir plus loin), la qualité, qu'elle soit "garantie" ou "promue" par l'agrément qualité ou par l'autorisation n'est pas en tant que telle "aidée" ou encouragée par des réductions fiscales ou des exonérations patronales spécifiques. Celles-ci sont accordées indépendamment des efforts portant sur la qualité : les réductions d'impôt et les exonérations patronales sont offertes de la même façon qu'il s'agisse d'une prestation fournie par un mode de gré à gré qui n'est soumis à aucune exigence ni aucun contrôle ou, à l'autre extrême par un service tarifé par le Conseil général ; de même, l'APA est versée, que l'aide soit fournie par un service autorisé ou agréé ou par un salarié choisi de gré à gré.

² Selon la formulation administrative cf. circulaire DGAS/DGEFP/ANSP du 15 mai 2007

En termes de dépenses fiscales pour l'Etat, les exonérations et réductions bénéficient ainsi au total deux fois plus aux employeurs du gré à gré, ceux-ci étant les plus nombreux³.

1. DANS LES TEXTES, LA QUALITE EST DESORMAIS UNE CONDITION D'OUVERTURE ET DE FONCTIONNEMENT DES SERVICE

La définition de la qualité est très large et son contenu, détaillé par de nombreux textes apparaît concret et relativement centré sur l'utilisateur⁴.

1.1. L'ouverture et le renouvellement

L'aide à domicile est régie par deux dispositifs dont la logique est très différente et à la limite contradictoire : l'un vise à développer l'emploi dans les services à la personne et l'autre à favoriser le maintien à domicile par un service de type social et médico-social.

- L'agrément qualité délivré par le préfet (DDTEFP), après avis du Conseil général, a été créé par la loi du 29 janvier 1996 en faveur du développement des emplois de services aux particuliers, comme une nouvelle modalité de l'agrément des services à la personne qui avait été lui-même institué par la loi du 31 décembre 1991 relative à la formation professionnelle et à l'emploi. Il est obligatoire pour les services (prestataires et mandataires) qui s'occupent de personnes fragiles, notamment les personnes âgées dépendantes ou de plus de 70 ans et qui ont une activité d'assistance, à l'exception d'actes de soins relevant d'actes médicaux (services de soins infirmiers à domicile et services polyvalents d'aide et de soins à domicile). Il est donné pour 5 ans, est renouvelable sous condition et peut être retiré (voir plus loin). Un arrêté du 24 novembre 2005 fixe le cahier des charges relatif au nouvel agrément qualité (voir plus bas).

Pour les services agréés, le coût de la prestation est fixé librement la première fois et doit ensuite évoluer dans la limite d'un pourcentage fixé par arrêté du ministère des finances. Il existe une dérogation théorique à cette limitation, exceptionnellement, en cas notamment d'amélioration des prestations existantes.

En fin décembre 2007, 5934 agréments qualité (y compris pour les gardes d'enfants) avaient été délivrés.

- La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale soumet à autorisation par le Président du Conseil général et /ou le préfet (Article L 313-3 du CASP) les services prestataires (et ceux qui font du prêt de main d'œuvre, c'est-à-dire qui mettent à disposition des personnes des salariés qu'ils rémunèrent) *qui "accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale"*. L'autorisation est accordée pour une durée de quinze ans. Le renouvellement est subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée à l'article L. 312-8 du CASP (voir plus bas). L'autorisation est motivée par une analyse de l'offre et s'accompagne d'une tarification. C'est la principale différence avec l'agrément.
- Les services prestataires (et uniquement ceux-ci) peuvent, depuis l'ordonnance du 1^{er} décembre 2005 relative aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, *choisir* entre l'autorisation préalable prévue par la loi du 2 janvier 2002 et l'agrément qualité.

³ Le PLFSS 2008 indique à ce titre une dépense fiscale de 1 038 M€ pour les particuliers "fragiles" versus 550 M€ pour les aides employées par les structures.

⁴ On aurait pu imaginer que la référence soit principalement celle de la qualification du personnel et de la structure.

L'article L 129-17 du Code du travail pose l'exigence d'équivalence de qualité⁵ entre les critères de l'autorisation par le Conseil général et ceux de l'agrément par le préfet. (*"l'exigence de qualité nécessaire à l'intervention des associations et entreprises mentionnées au même article est équivalente à celle requise pour les mêmes publics par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale"*). L'autorisation vaut agrément qualité pour le département où elle a été demandée. Théoriquement⁶, seule une demande de numéro d'agrément est nécessaire pour les services autorisés.

Dès lors, la seule différence entre les services autorisés et les services agréés qualité réside dans la tarification des premiers et dans le contrôle qui en résulte par le Conseil général. Un contrôle de celui-ci peut s'exercer aussi sur les services agréés lorsqu'ils fournissent des prestations incluses dans un plan d'aide de l'APA.

1.1.1. L'agrément qualité

Nous reprenons ici les principaux éléments du cahier des charges dont les autorités qui délivrent l'agrément qualité vérifient qu'il est rempli (*Arrêté du 24 novembre 2005 fixant le cahier des charges relatif à l'agrément « qualité » prévu au premier alinéa de l'article L. 129-1 du code du travail*) et nous en soulignons les dispositions les plus convergentes avec la problématique du rapport qui analyse la qualité principalement sous l'angle de l'utilisateur.

Prescriptions générales

1. *Les activités de service aux personnes à domicile relevant de l'agrément qualité se caractérisent par des interventions effectuées auprès d'un public vulnérable en raison de son âge, de son état de santé ou de son handicap, et à son domicile. **Les intervenants établissent une relation de confiance et de dialogue avec le bénéficiaire et son entourage familial et social, ils respectent l'intimité des personnes et des familles, leur culture, leur choix de vie, leur espace privé et leurs biens et la confidentialité des informations reçues.***

2. *Le gestionnaire garantit aux bénéficiaires auprès desquels il intervient l'exercice des droits et libertés individuels, conformément à l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles. **Le livret d'accueil** prévu à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles est remis à chaque personne ou à son représentant légal, il comprend notamment la documentation mentionnée à l'article 7 du présent cahier des charges.*

3. *Ces actions ont une fonction sociale. En conséquence, le gestionnaire doit bien connaître le contexte local social et médico-social, correspondant au public auquel il s'adresse, afin de situer l'action de ses services en complémentarité et en coordination avec les autres intervenants et dispositifs....*

4. *Les prescriptions de ce cahier des charges constituent des références qualitatives que le gestionnaire met en oeuvre, selon ses propres choix d'organisation. Il lui appartient de définir et de mettre en oeuvre les modalités d'organisation, d'encadrement et de coordination des interventions de façon à être en mesure d'assurer une prestation de qualité.*

5. *Le gestionnaire répond au présent cahier des charges soit en assumant avec ses moyens propres l'intégralité de la prestation, soit en s'associant avec d'autres structures pour y parvenir.*

⁵ Il faut dire que les droits des usagers définis par la loi de 2002 sont axés sur les usagers en établissements et ne sont pas parfaitement adaptés aux usagers des services

⁶ Cette disposition n'a pas été comprise dans un département visité par la mission où les bénéficiaires de l'autorisation redéposent un dossier pour l'agrément

6. Le gestionnaire prend en compte les recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées notamment par le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale créé à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.

Organiser un accueil de qualité

7. **Le gestionnaire offre un accueil physique et un accueil téléphonique cohérent avec son offre de services.** Il met à la disposition du public une documentation écrite, à jour, complète et précise sur son offre de service, sur les tarifs des prestations proposées, les financements potentiels et les démarches à effectuer ainsi que sur les recours possibles en cas de litige. Les tarifs des prestations proposées sont affichés dans les lieux d'accueil du public.

8. **L'accueil téléphonique est personnalisé et assuré au minimum 5 jours sur 7, sur une plage horaire de 7 heures par jour, un numéro d'appel est communiqué au bénéficiaire pour l'ensemble des prestations proposées localement et un suivi des messages téléphoniques est organisé.**

9. Le gestionnaire dispose de locaux adaptés, conformément à l'article L. 111-7 et L. 111-7-3 du code de la construction et de l'habitation. Ces locaux lui permettent d'assurer ses missions, en particulier la coordination des prestations et des personnels.

10. **Le gestionnaire se donne les moyens de répondre aux situations d'urgence.**

Une proposition d'intervention individualisée

11. Une proposition d'intervention individualisée est élaborée par le gestionnaire avec le bénéficiaire :

- soit à partir d'un plan d'aide déjà élaboré par des équipes spécialisées ;
- soit à partir d'une évaluation globale et individualisée de la demande et des besoins du bénéficiaire par le gestionnaire.

12. **L'évaluation prend en compte la demande directe du bénéficiaire et les demandes de l'entourage, lorsque le bénéficiaire n'est pas en mesure d'exprimer ses besoins.**

13. Dans tous les cas, le gestionnaire détermine si la prestation attendue est en adéquation avec les compétences et les moyens qu'il peut mettre en oeuvre. Dans le cas contraire, le bénéficiaire est orienté vers une structure adaptée.

14. **La méthodologie d'intervention est adaptée au bénéficiaire (selon la situation, il convient de faire à la place, d'aider à faire ou d'apprendre à faire...)**

15. **La proposition d'intervention indique les modalités de coordination avec d'éventuelles autres interventions.**

16. Le gestionnaire fait connaître au bénéficiaire les financements potentiels et les démarches à effectuer.

Clarté et qualité de l'offre de service

17. Un devis gratuit est établi systématiquement pour toute prestation dont le prix mensuel est égal ou supérieur à 100 euros TTC, ou pour tout bénéficiaire qui le demande.....

19. *A l'exception des cas d'urgence avérés, la formalisation de l'accord du bénéficiaire sur la prestation proposée et ses modalités est nécessaire....*

21. *Le gestionnaire établit une facturation claire et détaillée. Il adresse au bénéficiaire une attestation fiscale annuelle.*

Les modalités de l'intervention

22. Le gestionnaire garantit la continuité des interventions y compris, le cas échéant, les samedis, dimanches et jours fériés et leur bonne coordination.

23. Le bénéficiaire est informé des conditions générales de remplacement. Un remplacement est systématiquement proposé en cas d'absence de l'intervenant habituel y compris pendant les congés annuels....

25. *Le bénéficiaire est informé de l'identité des intervenants et de leur qualification. Le bénéficiaire peut identifier l'intervenant grâce à un signe de reconnaissance.*

26. Les horaires d'intervention et le contenu de la prestation définis préalablement sont respectés. Le bénéficiaire est informé des changements éventuels.

27. Le suivi de chacune des prestations est assuré par un interlocuteur désigné au sein de la structure du gestionnaire et dont le nom est communiqué au bénéficiaire.

28. Les intervenants sont informés des besoins spécifiques du bénéficiaire. *Le gestionnaire s'assure de la bonne compréhension du protocole d'intervention (consignes, tâches à accomplir...)*

29. Les intervenants participent au dispositif de suivi individualisé de l'intervention. Ils font remonter au service les événements importants concernant le bénéficiaire et sont associés aux réflexions entraînant des modifications d'intervention.

30. Les intervenants sont associés à la coordination avec les autres intervenants.

31. Les intervenants respectent la confidentialité des informations reçues et l'intimité des personnes.

32. Il est interdit aux intervenants de recevoir des bénéficiaires auprès desquels ils interviennent toute délégation de pouvoir sur les avoirs, biens ou droits, toute donation, tout dépôt de fonds, de bijoux ou valeurs.

33. *Les gestionnaires contribuent à la prévention de la maltraitance, notamment par une information du public et une formation adaptée des intervenants. Lorsque cela s'avère nécessaire, le gestionnaire transmet un signalement aux autorités compétentes.*

34. *Les intervenants sont soutenus et accompagnés dans leur pratique professionnelle par différents moyens tels que la formation, les réunions d'échange de pratiques, les entretiens individuels...*

35. Le gestionnaire met en place un dispositif de suivi individualisé des prestations en lien avec l'intervenant et le bénéficiaire et en accord avec le bénéficiaire. La définition de l'intervention fait l'objet d'une réactualisation au moins une fois par an.

36. Pour les prestations régulières réalisées au domicile du bénéficiaire, un cahier de liaison (ou un système équivalent) est tenu à jour.

37. *Le gestionnaire gère les éventuels conflits entre les intervenants et les bénéficiaires.*

38. En cas de conflit non résolu avec le gestionnaire, le bénéficiaire peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'il choisit sur la liste prévue à l'article L. 311-5 du code de l'action sociale et des familles et annexée au livret d'accueil.

Le suivi et l'évaluation des interventions

39. Le gestionnaire organise le traitement des réclamations. Il tient à jour l'historique des interventions.

40. Il met en place des contrôles internes réguliers.

41. Le gestionnaire fait procéder au moins une fois par an à une enquête auprès des bénéficiaires sur leur perception de la qualité des interventions.

42. Le gestionnaire transmet chaque année au préfet le bilan qualitatif et quantitatif prévu à l'article R. 129-4 du code du travail ; ce bilan fait notamment apparaître les moyens mis en oeuvre pour satisfaire au présent cahier des charges.

43. La charte de qualité prévue au 4° de l'article R. 129-3 du code du travail, pour les associations ou entreprises gestionnaires comportant plusieurs établissements, donne lieu de la part du gestionnaire à une évaluation et à des contrôles périodiques.

Sélection et qualification des personnes mettant en oeuvre l'activité

44. Le gestionnaire s'assure des aptitudes des candidats à exercer les emplois proposés, il organise à cette fin son processus de recrutement.

47. Le personnel d'encadrement ou le gestionnaire justifie de compétences managériales, qui lui permettent :

- **d'assurer le fonctionnement de la structure agréée dans le respect du cahier des charges - de coordonner les interventions et de développer le travail en réseau."**

Ces exigences, qui dans le cas d'une demande d'agrément par un nouveau service ne peuvent être que des engagements, sont d'un niveau élevé pour ce qui est des relations avec l'utilisateur, de l'organisation du service et du rôle de l'encadrement. Elles reposent, en effet, sur une prise en considération sérieuse des critères et des leviers de la qualité dans ce type de service : évaluation des besoins du bénéficiaire, adaptation de l'intervenant, contrôle par le gestionnaire du service, enquête auprès des bénéficiaires sur leur perception de la qualité des interventions

Ces normes prévoient un bilan annuel et annoncent un médiateur en cas de conflit non résolu entre l'utilisateur et la structure. On observe cependant sur ce dernier point, important aux yeux de la mission, que la liste prévue à l'article L. 311-5 du code de l'action sociale ne semble pas avoir été établie au niveau des départements.

Bien qu'il s'agisse en général davantage d'engagements pour le futur que d'une réalité au moment de la demande, il s'opère d'emblée une certaine sélection. Dans les Hauts de Seine, sur 81 demandes d'agrément qualité, 12 ont fait l'objet d'un refus en 2008. Les causes de refus tiennent à la qualification jugée insuffisante des encadrants, parfois à celle des intervenants. Dans ce département, il est procédé à un contrôle sur place des organismes agréés avec réserve (Ex sous condition d'embauche de personnels qualifiés)

Le renouvellement de l'agrément

On l'a vu, les services doivent remettre chaque année au préfet un bilan quantitatif et qualitatif de leur activité. Si cette pratique ne semble pas avoir atteint sa vitesse de croisière dans l'Ain, en revanche les Hauts de Seine ont mis au point un bilan d'activité type détaillé. Il est vrai que services de la DDTEFP n'exploitent pas véritablement ces rapports, pourtant très lourds à remplir par les organismes.

Le renouvellement, tous les 5 ans est subordonné à une évaluation externe « *au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles élaborées ou validées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Cette évaluation est assurée par un organisme extérieur. Les organismes habilités à y procéder doivent respecter un cahier des charges fixé par décret.* »⁷

Dans la pratique, les premiers agréments qualité délivrés suivant le cahier des charges de l'arrêté du 24 novembre 2005 viendront à échéance en 2011. Il n'existe donc pas d'expérience en matière de renouvellement⁸.

L'agrément est renouvelé automatiquement si l'organisme est certifié (voir plus loin).

1.1.2. L'autorisation

L'autorisation prévue par la loi du 2 janvier 2002 (L.312-1, 6°) concerne « les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale. »

" L'autorisation initiale⁹ est accordée si le projet :

« 1° Est compatible avec les objectifs et répond aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont il relève;

2° Satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 et prévoit les démarches d'évaluation et les systèmes d'information respectivement prévus aux articles L.312-8 et L.312-9 du CASP

3° Présente un coût de fonctionnement qui n'est pas hors de proportion avec le service rendu ou les coûts des établissements et services fournissant des prestations comparables ;

4° Présente un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec le montant des dotations mentionnées, selon le cas, aux articles L.313-8, L.314-3 et L.314-4 du CAS, au titre de l'exercice correspondant à la date de la dite autorisation

L'autorisation, ou son renouvellement, peuvent être assortis de conditions particulières imposées dans l'intérêt des personnes accueillies »

L'autorisation est accordée pour une durée de quinze ans renouvelable au vu de l'évaluation externe. Le point important est qu'elle s'accompagne d'une tarification, base de remboursement pour le Conseil général.

Les articles réglementaires D.312-6 définissent leur mission des services d'aide à domicile et obligent à un projet d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne. Il est établi également que ces services sont rendus par des « aides à

⁷ Circulaire DGAS/DGEFP/ANSP du 15 mai 2007.

⁸ Le « taux de mortalité » des organismes agréés est élevé.

⁹ Article L. 313-4 du code de l'action sociale et des familles

domicile, notamment des auxiliaires de vie sociale », énoncé un peu vague qui tend sans doute à exiger une proportion non nulle de titulaires d'un des diplômes d'auxiliaire de vie sociale. Le décret oblige également à l'élaboration d'un projet de service.

Les articles R.313-1 10 établissent la procédure d'autorisation et notamment le dossier à présenter. Enfin les articles D.313-11 prévoient le contrôle de conformité des établissements et notamment la visite du service. Enfin l'article L.313-12.1 stipule que l'autorité qui délivre l'autorisation des SAD peut conclure une convention avec un groupement d'opérateurs constitué en personne morale, à charge pour celui-ci d'effectuer toutes les démarches d'autorisation, d'habilitation et de tarification.

Les articles L.311-2 à 8 stipulent diverses mesures, plus ou moins adaptées aux services d'aide à domicile, car prévues au départ pour les établissements.

- Les gestionnaires d'établissements et de services sociaux sont tenus de respecter **la Charte nationale sur les principes éthiques et déontologiques** qui a été annexée à l'arrêté du 8 septembre 2003 et traite des principes et droits suivants :
 - La non discrimination ;
 - Le droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté ;
 - Droit à l'information ;
 - Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne ; cet article établit entre autres que la personne a le libre choix entre les prestations adaptées «es qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge.
 - Droit à la renonciation : la personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charge...
 - Droit au respect des liens familiaux..
 - Droit à la protection qui comprend le respect de la confidentialité des informations, mais également le droit à la protection, à la sécurité y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté...
 - Droit à l'autonomie qui vise plutôt le droit d'aller et venir des personnes hébergées en établissement et la conservation des biens et effets personnels
 - Principe de prévention et de soutien qui précise qu'il faut tenir compte des conséquences affectives et sociales de la prise en charge, notamment dans l'établissement du projet individuel, respecter et faciliter le rôle de la famille, faire attention à respecter les convictions des personnes en fin de vie
 - Le droit à la pratique religieuse et à l'exercice des libertés civiques vise les personnes hébergées en établissement ;
 - Respect de la dignité de la personne et de son intimité : le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti et « hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

Ces mêmes principes sont repris par L.313-3. et L.311-4 stipule que pour mettre en œuvre ces droits, sont remis à la personne, lors de son accueil dans l'établissement(ou le service :

- un livret d'accueil,
- comprenant la charte précitée ;
- le règlement de fonctionnement dont l'article L.311-7 prévoit qu'il est élaboré « après mise en œuvre d'une forme de participation » et qu'il définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein du ...service.
- L'article D.311-21 dispose que « la participation prévue peut s'exercer par l'institution de groupes d'expression, par l'organisation de consultations de l'ensemble des personnes

prises en charge ainsi que leurs familles ou représentants légaux, par la mise en œuvre d'enquêtes de satisfaction. **Ces enquêtes sont obligatoires pour les services prenant en charge à domicile des personnes dont la situation ne permet pas de recourir aux autres formes de participation prévues par la présente sous-section.**

- Pour les services, un document individuel de prise en charge, élaboré avec la participation de la personne ou de son représentant légal. ... ce document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement ou de service. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel.

Le décret D.311 dispose que ce document doit être établi au plus tard dans les 15 jours suivant l'admission, qu'il doit nommer les prestations servies, qu'il doit être révisé au moins chaque année et qu'il doit être conservé au siège de l'opérateur.

Dernier moyen d'établissement de la qualité prévu par le dispositif d'autorisation issu de la loi 2002 – 2 : l'article L ; 311-5 stipule :

Toute personne prise en charge par un service ou son représentant légal peut faire appel en vue de l'aider à faire valoir ses droits à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département et le président du Conseil général. La personne qualifiée rend compte de ses interventions aux autorités chargées du contrôle des établissements ou services concernés, à l'intéressé ou à son représentant légal dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

De plus, la loi pose, pour le renouvellement de l'autorisation, des conditions d'évaluation.

On l'a vu, l'autorisation vaut agrément qualité. Cette double voie d'entrée dans le dispositif du service prestataire d'aide à domicile soulève des controverses et pose des problèmes de régulation et de concurrence (*voir annexe sur la législation*)

1.2. Retrait de l'agrément et de l'autorisation

Une procédure de retrait d'agrément¹⁰ peut être engagée à l'encontre d'un organisme qui ne remplit pas ou plus les obligations liées aux activités de services à la personne (dont celles fixées par le cahier des charges qualité), s'il ne respecte pas la clause de l'activité ou ne transmet pas son bilan annuel. Ou encore, s'il ne respecte pas la réglementation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail.

En revanche, le conseil général a peu de pouvoir pour mettre fin à l'activité d'un opérateur durant la durée de l'autorisation (15 ans) sauf si celui-ci souffre de dysfonctionnements graves. Certes, l'autorité qui a prononcé l'autorisation a compétence pour prononcer la fermeture (L.313-16 du CASF), mais si le préfet conserve une compétence en matière de fermeture au titre de l'ordre public visant la protection des personnes, l'article précité ne mentionne plus que deux fondements pour fermer un établissement :

1° Lorsque les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement prévues au II de l'article L.312-1 ne sont pas respectées.¹¹

2° Lorsque sont constatées dans l'établissement ou le service et du fait de celui-ci des infractions aux lois et règlements susceptibles d'entraîner la mise en cause de la responsabilité civile de l'établissement ou du service ou de la responsabilité pénale de ses dirigeants ou de la personne morale gestionnaire.

¹⁰A noter que le taux de mortalité des organismes agréés est spontanément très élevé pour des raisons de viabilité économique

¹¹ Cet article renvoie à une définition réglementaire des normes, qui n'a pas été faite pour les SAD, cf. annexe Les services à la personne, un fouillis juridique

Le retrait de l'autorisation reste de la compétence du préfet en cas d'atteinte à la sécurité des personnes.

2. LA QUALITE : UNE DEMARCHE ENCOURAGEE PAR DIVERS DISPOSITIFS PUBLICS

A côté de ces prescriptions juridiques, les pouvoirs publics encouragent et financent une démarche qualité :

- la branche retraite de la CNAVTS avait engagé en 1999 une démarche qualité pour l'aide ménagère aux personnes âgées (Circulaire CNAVTS n° 35/99 du 4 juin 1999). Six domaines et critères principaux étaient pris en compte : l'évaluation au domicile des demandeurs, l'encadrement de proximité, la continuité du service, le traitement administratif des demandes, la gestion du service et le suivi de la prestation.
- La démarche était progressive. Elle se traduisait par des avenants aux conventions passées par les caisses avec les prestataires et était encouragée par des compléments de dotation aux services répondant à certains critères de qualité. La CNAVTS avait consacré 4,5 M€ à ce complément en 2003.
- à la CNSA, le Fonds de modernisation de l'aide à domicile (FMAD) ou section IV, créé par la loi du 20 juillet 2001 finance des programmes de promotion de la qualité :
 - des actions de qualification des personnels du secteur
 - des conventions départementales de modernisation de l'aide à domicile impliquant notamment les conseils généraux et les employeurs (cf. la convention cadre de modernisation de l'aide à domicile dans le département de la Loire mise en place en fin 2008 pour réaliser des évaluations et gérer le suivi administratif de la mise en œuvre d'un référentiel de qualité dit Label Loire. Coût de l'action sur 2009/2012 : 385 000 €)
 - des actions locales d'amélioration de la qualité des services, de création de nouveaux services, de rationalisation de l'offre et d'appui aux opérations de recrutement de nouveaux salariés.

Les crédits de la section IV s'élèvent pour 2008 à 65,4 M pour les personnes âgées».

Les crédits de ce fonds de modernisation étaient, jusqu'à une date récente, répartis entre les DDASS par la DGAS et les directions déconcentrées les attribuaient sur la base d'un appel à projets auprès de divers opérateurs. La CNSA qui gère ce fonds depuis 2008 tente d'appréhender les processus de modernisation de manière plus globale en signant des conventions avec les Conseil généraux qui engagent tout le département.

Elle a signé avec l'UNA un protocole de coopération concernant notamment la démarche qualité et la certification du réseau et le programme GPEC (gestion prévisionnelle des emplois et compétences). Le montant total des financements s'élève à 44,5 M€ dont 55% par la CNSA.

- d'autres dispositifs sont susceptibles de contribuer à l'amélioration de la qualité des services d'aide à domicile. Ainsi, l'Agence nationale des services à la personne (ANSP) a-t-elle lancé en 2008 le programme THETIS pour permettre aux structures agréées volontaires (et aussi aux petites associations volontaires, par d'autres moyens – les dispositifs locaux d'accompagnement - DLA -) de bénéficier d'un accompagnement pour les aider à se préparer à une certification (voir plus loin) visant à l'amélioration de la qualité de leurs prestations.

Ce dispositif met à disposition des organismes agréés volontaires (autour de 700), 15 jours d'appui consultant (environ 1000 €/jour) pour atteindre la certification du service. Le coût de l'opération s'élève à 7,5M € sur 2007/2008/2009.

Une liste de consultants (une soixantaine) a été établie par l'ANSP/ANACT en novembre 2007.

3. CERTAINS GROUPEMENTS SE LANCENT DANS LA LABELLISATION

Il a été question plus haut du Label Loire.

Il semble qu'un certain nombre de groupements cherchent à créer leur propre label et à le faire reconnaître par la CNSA. Ainsi, la Fédération Nationale des Services à la Personne et de Proximité (FEDESAP), représentant les entreprises TPE et PME (autour de 250) de services à la personne et adhérente de la CG-PME est en train de construire, sur le modèle de Qualibat dans le bâtiment, un label dit Qualisap, en lien étroit avec le bureau Véritas.. Ce label est étroitement calé sur les préconisations de l'agrément qualité et y ajoute des éléments sur la satisfaction des clients.

La FEDESAP considère que ce label est plus simple, plus lisible et surtout plus accessible sur le plan des procédures à mettre en place et sur le plan du coût que les certifications Qualicert et AFNOR (le coût de mise en place et des audits s'élèverait, dans ce dispositif à environ 70 000 €, voir plus loin). Les interventions d'évaluation du bureau Véritas reviennent à 500 /1000€. Cette institution estime qu'alors, comme la certification, ce label pourrait se substituer à l'évaluation ou du moins l'alléger.

Dans le même esprit, ADESSA, née en 2001 de la fusion de 2 fédérations d'aide à domicile, a mis en place en 2005 un label construit sur 21 critères et pouvant être une étape vers la certification. Le but est¹² : *" de permettre aux associations ADESSA de se démarquer de la concurrence ; de faire reconnaître le savoir faire des structures adhérentes ,en affichant de manière transparente les outils et les pratiques qu'elles ont mis en place et qui seront validés par un organisme extérieur ; d'harmoniser les pratiques dans le réseau..... "* et aussi *"d'assurer aux différents interlocuteurs (clients ou partenaires) une garantie de services quand ils font appel à ADESSA "*.

Ici, l'audit est réalisé par une seule société, l'IDAP "Institut de Développement des Activités de Proximité". La question se pose de l'indépendance de cette société par rapport à ADESSA.

Les grandes enseignes (20 en fin 2007 regroupant 5300 structures) référencent elles aussi les organismes qu'elles chapeautent sur des critères de qualité et de durabilité. L'Association des Enseignes de Services à la Personne qui regroupe notamment Accor Services, CNP Services à la Personne Domiserve Fourmi Verte France Domicile Groupe Caisse d'Epargne, Services à la personne La Poste , Personia etc. promeut une Charte qualité.

On le voit, il s'agit ici de tentatives intermédiaires entre l' simple agrément qualité et la certification.

4. LA CERTIFICATION NE CONCERNE QU'UNE INFIME MINORITE PARMIS LES ORGANISMES AGREES QUALITE

Elle concerne les organismes volontaires pour s'y prêter et met en jeu des sociétés de certification privées qui donnent un label reconnu dans le cadre du Code de la consommation (Article L 115-27 à 33) et le suivent dans des conditions strictes.

¹² Selon le Site Internet du groupement

Deux types de référentiels et de labels de «services aux personnes à domicile» existent : celui de l'Agence française de la normalisation (AFNOR) et celui déposé par la société SGS (QUALICERT).

4.1. QUALICERT

En lien avec la fédération des entreprises de services à la personne, la société SGS - International certification services - a mis au point en 1999 puis revu en 2007 un référentiel des services à la personne (pour les trois modes de gestion du secteur : prestataire, mandataire, mise à disposition).

Autour de 800 organismes (tous agréments confondus) sont certifiés à ce jour.

1. Nous présentons ici les grandes lignes de ce référentiel : il vise à garantir l'accessibilité, la personnalisation et la rigueur dans le suivi.

« A / Un gestionnaire accessible

1. L'organisme gestionnaire met à disposition **plusieurs moyens de contact** dont au moins un numéro d'appel.
2. L'accueil téléphonique est assuré au minimum **5 jours sur 7, sur une plage horaire de 7 heures par jour.**
3. Un accueil téléphonique **aimable et personnalisé.**
4. La possibilité pour le bénéficiaire **d'obtenir directement des informations** par téléphone.
5. L'organisme gestionnaire est capable d'informer le bénéficiaire des dispositions légales et réglementaires concernant les services à la personne
6. Un suivi des messages téléphoniques rigoureux
7. La fourniture, sur demande, d'une documentation à jour, complète et précise

B / Une offre personnalisée et claire

8. Des services assurés **7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.**
9. **Un aménagement adapté** des locaux en cas d'accueil physique des bénéficiaires
10. **Une analyse rigoureuse et une validation des besoins** du bénéficiaire
11. Le gestionnaire définit **au domicile du bénéficiaire** le type de prestation.
12. Le gestionnaire vous **informe sur les aides spécifiques au métier.**
13. Une réponse diligente sur la possibilité de réalisation de la prestation.
14. Un devis gratuit est établi pour tout bénéficiaire qui le demande ou pour toute prestation dont le montant mensuel supérieur à 100 euros TTC.
15. L'établissement d'un contrat, d'un mandat ou d'une convention de placement écrit avec le bénéficiaire.
16. Le bénéficiaire peut facilement résilier son contrat ou mandat.
17. Le bénéficiaire peut, sans préavis, demander le remboursement des sommes préalablement collectées en mandatement.

C / Un suivi rigoureux des interventions

18. Les intervenants respectent les lieux, dates et horaires convenus avec le bénéficiaire.
19. **La continuité** du service est assurée.
20. Le bénéficiaire peut vérifier avant l'intervention l'identité de l'intervenant.
21. **Une transmission systématique** aux intervenants des éléments de la demande du bénéficiaire.
22. La communication au bénéficiaire des **coordonnées d'un interlocuteur responsable.**

- 23. Pour les prestations régulières réalisées dans le domicile du bénéficiaire, **la tenue à jour d'un cahier de liaison** (ou système équivalent).
- 24. La tenue à jour de l'historique des missions
- 25. **Une réactualisation annuelle de la définition de l'intervention**

D / La maîtrise des intervenants

- 26. Un personnel **de recrutement compétent**
- 27. La **sélection des intervenants** sur la base de critères définis
- 28. **Un personnel d'encadrement compétent**
- 29. Des intervenants **formés spécifiquement au métier**
- 30. La mise à disposition **d'un guide** pour aider les intervenants dans leurs missions.
- 31. Le maintien et le **développement des compétences** des intervenants.
- 32. L'établissement d'une **liste d'engagements** pour l'ensemble des intervenants..
- 33. La détention par le gestionnaire d'un dossier complet pour chaque intervenant avant sa première intervention

E / Un suivi administratif organisé

- 34. L'organisme gestionnaire peut assurer de sa stabilité financière.
- 35. L'organisme gestionnaire assure la confidentialité des informations qui lui sont transmises.
- 36. Une facturation claire et détaillée
- 37. L'établissement d'une attestation fiscale chaque année.

F / Un suivi régulier de la qualité de la prestation.

- 38. L'organisme gestionnaire maintient à niveau ses connaissances législatives et juridiques relatives à ses domaines d'activités
- 39. La mise en place d'une enquête de satisfaction **annuelle**. .
- 40. La mise en place d'un **suivi trimestriel de la prestation**.
- 41. La mise en place d'une visite au minimum annuelle au domicile
- 42. Les intervenants participent au dispositif de suivi individualisé de l'intervention
- 43. Un **traitement efficace des réclamations** et des anomalies.
- 44. La mise en place **d'actions d'amélioration** du service.
- 45. L'organisme gestionnaire transmet chaque année au préfet un bilan qualitatif et quantitatif.
- 46. La possibilité pour le client d'avoir recours à la **commission nationale** de médiation en cas de conflit non résolu avec le gestionnaire.

G / Spécificités pour le mode mandataire

- 47. L'organisme gestionnaire peut être l'interlocuteur principal de l'URSSAF.
- 48. L'organisme gestionnaire peut rédiger les documents à remettre à l'intervenant salarié du bénéficiaire et verser les salaires dus
- 49. L'organisme gestionnaire informe les intervenants sur leurs possibilités d'accès à la formation professionnelle continue.
- 50. Le gestionnaire aide le bénéficiaire dans l'établissement des contrats de travail

H / Spécificités Assistance aux personnes âgées

- 51. **L'identification des bénéficiaires apparaissant en situation de dépendance et mise en oeuvre d'un plan d'accompagnement.** »

2. Nous détaillons le point 32 (liste d'engagements pour l'ensemble des intervenants) qui recoupe plusieurs aspects auxquels la mission IGAS attache de l'importance.

« - Chaque intervenant, ou candidat au recrutement par le particulier employeur dans le cadre du mandat, reconnaît, en la signant, avoir pris connaissance d'une liste d'engagements vis-à-vis du bénéficiaire, comportant au minimum les thèmes suivants :

- *Hygiène et sécurité* :
- Bonne présentation et tenue vestimentaire correcte
- Hygiène corporelle personnelle...
- Si des équipements (ex. voiture) sont confiés à un intervenant par le bénéficiaire, une attention est portée au bon état de ceux-ci.
- *Confidentialité* :
- Interdiction de divulguer à l'extérieur toute information dont il a connaissance dans le cadre de sa mission
- *Discrétion* :
- Respect de l'intimité des personnes
- *Organisation* :
- Signalement au gestionnaire de toute difficulté rencontrée dans le cadre de ses interventions
- *Relationnel et respect* :
- Amabilité et courtoisie vis-à-vis des bénéficiaires
- Interdiction de recevoir des bénéficiaires toute délégation de pouvoir sur les avoirs, biens ou droits, toute donation, tout dépôt de fonds, bijoux ou valeurs, et tout élément quelconque de patrimoine
- Interdiction de fumer au domicile du bénéficiaire
- *Horaires* :
- Respect des heures de rendez-vous
- Informer le bénéficiaire de tout retard prévisible
- Informer l'organisme gestionnaire de toute modification d'emploi du temps »

Ces caractéristiques très centrées sur la personne de l'utilisateur, sont détaillées du point de vue des moyens de les mettre en œuvre (guides, contrats, devis) et surtout des moyens de les contrôler (vérification documentaire, appel mystère, entretien avec le personnel).

4.2. *AFNOR*

Publiée en septembre 2000 et révisée récemment, **la norme NF X 50-056** «*Services aux personnes à domicile*» couvre les activités à dominante matérielle ou ménagère, à dominante relationnelle et les soins infirmiers, relevant de la loi du 29 janvier 1996. Elle s'applique aussi aux trois modes d'intervention (mandataire, prestataire, prêt de main d'œuvre).

Elle définit un cadre déontologique et s'appuie sur le principe **de** l'intervention individualisée (ajustement continu de la prestation). Les exigences de la norme concernent :

- la relation avec le client : l'accueil physique ou téléphonique, l'analyse de la demande, l'offre de service (une proposition de service précise, un devis estimatif, un contrat formalisé), la préparation de l'intervention et sa réalisation.
- la qualification professionnelle : les prestataires veillent à sélectionner, former et évaluer périodiquement le personnel qui participe à la réalisation de la prestation.
- la mesure et l'amélioration de l'offre : réclamations clients avec un engagement de réponse d'attente d'un délai de 15 jours, évaluation de la qualité des services perçue par le client au travers de 2 enquêtes satisfaction (auprès de l'utilisateur et par le personnel) et mise en place d'actions correctives et préventives.

Les préconisations de l'AFNOR partent des attentes du client, elles sont précises et indiquent

Les responsabilités, les procédures et modes opératoires, les moyens matériels à mettre en place (outils de traçabilité, plannings, documents contractuels ou conventionnels, plannings) et précisent les moyens organisationnels à prévoir.

Une enquête menée en Octobre 2007, publiée sur le site de l'ANSP montre que, si la première motivation des dirigeants est de valoriser l'image de leur structure, elle a pour effet à leurs yeux d'améliorer la satisfaction des usagers dans 4 cas sur 5.

En début 2008, 207 organismes (tous agréments confondus) sur 286 sites sont certifiés..

4.3. Le coût des certifications

Une étude détaillée réalisée par l'ADHAP et portant principalement sur la certification Qualicert montre que le coût moyen de mise en place d'un système qualité et la réalisation du 1^{er} audit (27 000 €) et des 2 premiers audits de suivi (33 000 €) se situe en moyenne à 60 000 € sur trois ans. (voir tableau plus bas).

Dans le même ordre de grandeur, l'UNA qui a une cinquantaine d'organismes certifiés AFNOR évalue quant à elle le coût sur 3 ans d'une certification AFNOR à 76 000 € (appel à un "qualiticien", comité de pilotage, audits, mise en place de procédures nouvelles).

Ces coûts apparaissent inabordables pour un organisme moyen.

Au total, ces référentiels (labels, référencements, certifications) apparaissent, dans leur contenu, *très proches des normes qui régissent l'agrément qualité et les autorisations. Ils visent plus à définir des objectifs que des risques et les méthodes de contrôle s'intéressent davantage aux moyens et aux procédures qu'aux résultats.* Mais qu'il s'agisse de labels ou de certification, la mobilisation du secteur sur la thématique de la qualité est intense et se traduit d'ores et déjà par des formations mises en place par des fédérations.

5. DES PROCEDURES D'EVALUATION ET D'AUDIT ONT ETE MISES AU POINT

Tout organisme agréé, on l'a vu, doit produire annuellement un bilan quantitatif et qualitatif de l'activité exercée au titre de l'année écoulée. La non production du bilan annuel d'activité est un cas de retrait d'agrément.

5.1. Pour les services autorisés

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale institue l'évaluation interne et externe des établissements et services mentionnés à l'article L.312-1 du CASF (article L.312-8 du CASF) : « *les services mentionnés à l'article L. 312-1 du CASP procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou élaborées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les résultats de l'évaluation (il s'agit en fait d'une autoévaluation) sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation.*»

"Au cours des sept années suivant l'autorisation ou son renouvellement et au moins deux ans avant la date de celui-ci" " ils font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur. Les organismes habilités à y procéder doivent respecter un cahier des charges fixé par décret. La liste de ces organismes est établie par arrêté du ministre chargé de l'action sociale, après avis du Conseil national de l'évaluation sociale

et médico-sociale. Les résultats de cette évaluation sont également communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation"

Le Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux précise que celle-ci **doit porter sur l'effectivité des droits des usagers et les conditions de réalisation du projet de la personne**, notamment « la capacité du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes ».

En avril 2008 l'ANESM a publié une recommandation sur la mise en œuvre de l'évaluation interne¹³. Pour l'évaluation externe, l'ANESM précise qu'elle doit comporter deux volets complémentaires :

« 1° Un volet relatif à l'effectivité des droits des usagers. L'évaluation porte au moins sur les conditions de participation et implication des personnes bénéficiaires des prises en charge ou accompagnements, les mesures nécessaires au respect du choix de vie, des relations affectives, de l'intimité, de la confidentialité et, s'il y a lieu, sur les dispositions prévues pour assurer la sécurité des personnes.

2° Un volet plus particulièrement adapté au service considéré. A cette fin, l'analyse porte, au premier chef, sur les logiques d'action et les axes de travail. Cette analyse retient notamment :

- l'accompagnement au développement personnel, à l'autonomie, selon la personnalité, les limitations d'activités*
- ou la situation de fragilité de chaque individu, la sensibilisation au risque d'isolement affectif et social,*
- la prise en compte des interactions avec les proches et l'environnement, l'inscription des actions dans la continuité des choix de l'individu, le travail mené sur l'accès aux droits. »*

Le respect de l'utilisateur est bien le critère de la qualité.

La doctrine dont se réclame l'ANESM diffère du modèle de la certification et de la norme. Elle s'appuie sur des bonnes pratiques et se réfère à une "stratégie de l'intimité" qui se fonderait sur les attentes et les valeurs de l'utilisateur. Elle se différencie aussi d'une approche de type sécurité sanitaire qui vise à une identification des risques (de maltraitance par exemple) et à la gestion de ces risques.

Les évaluations seront réalisées par des organismes qui figurent sur une liste d'habilitation dressée par l'agence¹⁴. Mais la préoccupation principale de l'ANESM concerne l'évaluation des établissements. Dans le secteur des services, ce sont surtout les SIAD qui sont concernés. Le coût d'une évaluation externe est estimé à 5/10 000 €.

5.2. Pour les services agréés

La circulaire susmentionnée du 15 mai 2007 indique :

- les services font procéder à une évaluation externe, dans les mêmes conditions que les services autorisés mais tous les 5 ans.
- la certification dispense de l'évaluation interne prévue par l'article L 312-8 du CASP et de l'évaluation externe à condition qu'elle soit effectuée tous les 5 ans et réponde à certaines conditions.

¹³ L'ANESM a publié 4 autres recommandations : bien traitance, adaptation à l'emploi, participation des usagers, violence des adolescents.

¹⁴ On a vu plus haut que, de leur côté, l'ANSP et l'ANACT ont établi une liste de consultants.

On l'a vu, contrairement aux organismes autorisés, les agréés sont dispensés de l'évaluation interne.

Les "nouveaux agréments " répondant au cahier des charges de l'arrêté du 25 novembre 2005 fixant le cahier des charges ayant été délivrés seulement après le 1^{er} janvier 2006 (2006/2011), les premières évaluations seront lancées en 2010, et communiquées en juin 2010 six mois avant l'échéance du renouvellement.

Qu'il s'agisse des services autorisés ou des services agréés, il serait donc prématuré de porter un jugement sur un dispositif qui achève seulement maintenant de se mettre en place.

5.3. Pour les services certifiés

Il ne s'agit pas d'une évaluation à proprement parler mais d'un audit : il vise à la certification et à la surveillance du suivi par l'organisme certificateur. Il s'agit davantage d'un contrôle de la mise en œuvre des procédures et des moyens que des résultats. Il n'y a pas de passage au domicile du bénéficiaire.

Nous reprenons ici le cas de Qualicert.

Les auditeurs doivent vérifier que ces engagements sont signés par l'intervenant, figurent à son dossier, sont attestés par tout document et il doit s'en entretenir avec les personnels.

L'audit de certification est réalisé par un ou plusieurs auditeur(s) habilité(s)

La surveillance consiste en deux contrôles (réalisés suite à une prise de rendez vous un mois avant) sur la période de validité du certificat (trois ans), afin de s'assurer que le service est toujours en conformité avec le référentiel.

La méthodologie mise en œuvre pour les contrôles de surveillance s'appuie sur la même méthodologie que celle de l'audit initial. Elle comporte :

- Des entretiens avec des membres du personnel,
- Des vérifications visuelles d'éléments matériels
- L'observation de l'activité le jour de l'audit
- La consultation des documents et enregistrements pour :
 - l'examen des éventuelles réclamations portant sur les caractéristiques certifiées du référentiel ;
 - une vérification de la réalisation et de l'efficacité du contrôle interne mis en œuvre par l'organisme selon les modalités prévues dans le référentiel (notamment, contrôle interne du respect des caractéristiques certifiées, suivi de la satisfaction) ;
 - la vérification de la réalisation des enquêtes de satisfaction auprès des clients et selon les modalités définies dans le référentiel ;
 - le cas échéant, une vérification de la mise en œuvre effective des actions correctives proposées suite aux non-conformités détectées par l'organisme certificateur lors de l'audit de certification ou des contrôles ou suite aux résultats des enquêtes de satisfaction.

Il s'agit bien de vérifier la mise en œuvre des procédures prévues et non d'évaluer l'impact et le résultat. Il ne s'agit pas non plus d'un contrôle tel qu'il est conduit dans le service public.

6. LE CONTROLE DES ORGANISMES : UNE PRATIQUE PEU REPANDUE

Les préconisations évoquées ci-dessus portent essentiellement sur les processus et s'exercent *a priori*. Or l'on est en droit de s'interroger sur l'effectivité et l'efficacité du service effectivement rendu.

On peut considérer que, si l'offre est abondante, l'utilisateur ayant la capacité de vérifier la qualité du service pourra, s'il est mécontent, s'adresser à un autre prestataire comme pour n'importe quel produit ou service marchand. Mais un contrôle *a posteriori* par une instance agissant pour le compte de l'Etat ou du Conseil général se justifie d'autant plus si l'on estime, ce qui est le cas, que l'utilisateur est en position de faiblesse, ou que l'offre est insuffisante (monopole local) ou bien que la relation de service à domicile crée un lien de dépendance au détriment du client.

Les acteurs et les objets de contrôle des services prestataires ayant opté pour l'agrément qualité ou pour l'autorisation sont précisés dans le détail par la circulaire DGAS/DGEFP/ANSP du 15 mai 2007 relatif à l'agrément des organismes de services à la personne (voir tableau dans l'annexe 4 de la circulaire).

Les services concernés sont les DDTEFP pour les services agréés, les PCG pour les services autorisés ou dont les usagers sont bénéficiaires de l'APA, les DDASS et les DDCCRF. S'y ajoute l'inspection du travail. La circulaire incite à des contrôles conjoints.

Ces services vérifient, à travers les bilans annuels, que les organismes agréés n'ont pas cessé de remplir les obligations posées par l'agrément¹⁵ ou l'autorisation et s'assurent théoriquement de l'effectivité des services. "*Ils doivent par ailleurs procéder à des contrôles aléatoires ou ponctuels portant sur une ou plusieurs obligations de l'agrément*".

Les DDASS exercent "*un contrôle visant à s'assurer de l'état de santé, de la sécurité, de l'intégrité et du bien-être physique et moral des bénéficiaires du service*".

Les DDCCRF exercent les contrôles prévus par le Code de la Consommation et le Code du commerce. Il en est de même pour les présidents des conseils généraux en ce qui concerne les services autorisés.

Il est important de savoir que les contrôles ne doivent pas seulement s'exercer sur les organismes mais peuvent s'exercer auprès des bénéficiaires (Articles L 331-1 à L 331-8, et 313 - 13, 313-16 , L 313-21 et L311-4 et 311-9 du CASF) : état de santé, sécurité, intégrité et bien-être physique et moral, droits des usagers. Mais, en réalité, les seuls passages au domicile des usagers sont réalisés par les équipes APA. Dans les Hauts de Seine, celles-ci sont relativement étoffées (34 ETP **d'assistantes sociales** pour 8000 dossiers), elles sont en relation constante avec les coordinatrices des organismes)

Sur le terrain, la mission a relevé la rareté des contrôles sur place : jamais au domicile de l'utilisateur, rarement auprès de l'organisme. Le contrôle de l'effectivité du service rendu n'est pas fait sauf s'il existe des systèmes de CESU préfinancé par le Conseil général ou, chez les opérateurs des mécanismes de télégestion.

Les seuls contrôles organisés sont le fait des services départementaux de la DGCCRF qui, depuis 2005 a mis en place des plans de contrôle. Ainsi en 2007, 62 entreprises, 67 associations et 3 CCAS au plan national ont été contrôlés, sous l'angle principalement du Code de la consommation (affichage des tarifs, existence d'un devis, mentions à faire figurer dans les factures,

¹⁵ Dans la pratique, les bilans annuels pourtant lourds à renseigner pour les organismes ne sont pas exploités par l'administration.

respect des contrats, notamment par des organisations de plannings adéquats, pratiques commerciales trompeuses, du CASF (exigence d'un contrat) et du Code du travail (évolution annuelle des tarifs dans les services autorisés) et du Code de la concurrence. Les contrôleurs procèdent principalement à des rappels de la réglementation

Dans l'Ain, l'inspection du travail a relevé plusieurs manquements à l'hygiène et la sécurité et souligne que trop souvent le temps de déplacement n'est pas prévu dans les plannings et soit n'est pas rémunéré, soit ampute le temps de travail au domicile. Dans les Hauts de Seine, l'inspection du travail a procédé à des contrôles, conjointement avec la DDTEFP. Les contrôles n'ont jamais lieu chez le particulier. Ils ont fait ressortir, par exemple des questions relatives aux contrats de travail (ex travail à temps partiel sans mention d'horaires, durée du travail de nuit, temps de trajet, représentation du personnel et absence de CHSCT alors qu'il s'agit d'un secteur à risque non négligeable – dorsalgies, allergies aux produits ménagers...). Il y a eu une mise en demeure et une verbalisation

7. LE RECOURS : UNE POSSIBILITE MECONNUE

Le guide "*des services de qualité pour mieux vivre chez vous*" diffusé depuis peu par l'Agence nationale des services à la personne indique les possibilités de recours suivants : en dehors des observations à faire à l'intervenant et au gestionnaire (tout organisme autorisé ou agréé doit désigner un référent, interlocuteur privilégié de chaque usager, joignable téléphoniquement), les associations de consommateurs, les services du Conseil général (APA, CLIC), les services de l'Etat (DDTEFP, DDASS, DDCCRF), le service d'information "allo service public" (3939) et en cas de négligence ou maltraitance, le numéro national d'appel contre la maltraitance (3977).

Dans les Hauts de Seine, SOLRES (association respect solidarité 92) a créé un centre d'écoute téléphonique plus spécialement dédié aux professionnels qui peut aussi jouer un rôle de médiation.

On peut regretter que le dispositif de médiation prévu par le code de l'action social, mentionné plus haut ne fonctionne pas. Mais à une multiplicité de recours possibles qui sont soit généralistes soit hyper spécialisés, il faudrait préférer un numéro d'appel bien identifié, soit national, soit au niveau du département.

L'invocation constante de la qualité (alors même qu'il n'existe pas de contrôle sur place de la qualité réelle) marque de façon forte un paysage qui se caractérise par un financement public indirect (APA et dépense fiscale) important et par la présence d'une multitude d'opérateurs dont la concurrence est réelle mais biaisée par la coexistence de plusieurs secteurs à contraintes financières différentes : les prestataires autorisés /tarifés/ parfois subventionnés, les prestataires agréés non tarifés mais solvabilisés par l'APA, les services mandataires dont les charges sont faibles et les services rendus de gré à gré qui n'ont aucune charge d'encadrement.

Agrément qualité, autorisation, démarches qualités, labels divers, référencements, 2 grandes certifications, recommandations de l'ANESM, évaluation ou audits, contrôles : ce foisonnement laisse quelque peu perplexe, les procédures de base (agrément qualité, autorisation) assorties d'évaluation et de contrôles publics devraient suffire. Le fait que la qualité se retrouve au cœur de nombreuses procédures supplémentaires peut être interprété de diverses manières : volonté réelle de la part du secteur de s'approprier voire d'améliorer le service rendu, nécessité de pallier les insuffisances du contrôle de l'administration, comportement incantatoire lié à une difficulté de faire, préoccupation de valorisation commerciale....

Il ne faudrait pas tomber dans une situation où la qualité serait soit un argument formel qui s'apparenterait à de l'affichage, soit serait une réalité mais tellement coûteuse qu'elle ferait le lit du travail au noir.

7.1. *Le fonctionnement général du CESU*

7.2. *Le Chèque Emploi Service Universel (CESU) a pris la place du Chèque Emploi Service, lui-même conçu sur le modèle du Chèque Restaurant ou Chèque vacances.*

Le principe en est simple : le chèque est acheté par le bénéficiaire à un émetteur (historiquement : AXA, CNP Assurance, MAIF, MACIF, Crédit agricole, et Carrefour, Auchan, FNAC...°) qui le donne en –contrepartie d'une rémunération d'une prestation ou d'un travail salarié - à un intervenant qui lui fournit une activité. C'est un moyen de paiement de certaines activités qu'elles soient exercées sous forme prestataire, salarié, mandaté ou non.

Quand elle est employeur, la personne se voit appliquer un prélèvement social, à hauteur des heures payées. Quand elle achète une prestation, ces prélèvements sont à la charge du prestataire, qui lui-même s'acquitte des salaires et charges du salarié.

Les déductions sociales spécifiques sont appliquées directement par l'URSSAF (Centre CESU de Saint Etienne) qui calcule et prélève les charges dues par les différents payeurs en CESU : déductions de 15% pour déclaration au réel, déductions personnes âgées de plus de 70 ans ou dépendantes...

Les déductions fiscales - ou crédits d'impôt pour les personnes actives non assujetties au paiement de l'impôt - sont obtenues dès lors qu'est fournie à l'administration fiscale, en même temps que la déclaration de revenus, le justificatif fourni par le Centre CESU des rémunérations effectuées l'année précédente.

Le CESU en ligne est la mise en relation directe, on line, du bénéficiaire de l'intervention et du Centre de CESU.

La personne qui envisage d'employer un salarié s'inscrit auprès du Centre CESU qui lui donne un numéro (URSSAF employeur) et un code. Elle rémunère les salariés fournissant des services à la personne, employé de maison, auxiliaire de vie, esthéticienne à domicile si elle a plus de 70 ans ou est dépendante, promeneur d'animal domestique pour les mêmes, jardinier (dans la limite d'un plafond annuel) avec un chèque normal, selon la périodicité souhaitée (inférieur ou égale à un mois) et effectue sa déclaration au centre CESU en indiquant le nom et l'adresse ainsi que le numéro de sécurité sociale de l'employé, le nombre d'heures payées, le tarif horaire, le choix de paiement des cotisations sociales au réel ou forfaitairement. Elle peut éditer dans les deux jours une attestation sociale qui tient lieu de fiche de paie et annuellement une déclaration fiscale. Ce système supprime la fonction de l'émetteur, tant pour l'achat que pour le remboursement auprès du salarié des CESU. Il implique seulement un accès mensuel à Internet et une connaissance minimale de l'outil, car une fois l'accès au site effectué, les procédures sont très simples.

7.3. *Que peut-on rémunérer avec le CESU ?*

Uniquement l'une des 21 activités listées dans la loi de 2005 comme services à la personne.

7.4. *Comment se fait le contrôle ?*

Pour les services achetés comme prestations ou par l'intermédiaire d'un mandataire, il faut et il suffit que le prestataire ou le mandataire bénéficie d'un agrément, simple (délivré en deux mois)

ou « qualité » (délivré en trois mois) si les activités autres que les activités domestiques, sont effectuées auprès de personnes dites fragiles. Il s'agit des personnes âgées de 60 ans et plus, des enfants de moins de six ans, des personnes handicapées. Ces personnes bénéficient d'ailleurs d'aides non liées à la procédure CESU aide à la personne, qui s'ajoutent aux aides sociales et fiscales liées au CESU : Prestation d'aide pour l'aide au jeune enfant (PAJE), allocation personnalisée d'autonomie (APA) Prestation de compensation du handicap (PCH).

Tout ce qui est rémunéré par le moyen de paiement du CESU peut l'être par les moyens traditionnels de paiement : chèque au prestataire ou chèque au salarié et déclaration à l'URSSAF, qui calcule et recouvre les charges sociales.

Quant au paiement des allocations (PAJE, APA, PCH) dans la plupart des cas, soit elles sont payées directement au bénéficiaire sur production de justificatifs de la dépense, soit elles sont payées au prestataire, par un système de tiers payant, ligne à ligne, ou en dotation globale mensuelle.

7.5. 3 systèmes d'échange du CESU :

Le CESU est un titre de paiement, une monnaie. Il circule entre l'émetteur, l'acheteur/payeur, le bénéficiaire de trois façons différentes :

- **Le CESU bancaire ou en ligne**, ancien chèque emploi service classique, décrit ci-dessus ;
- **Le CESU social** sert à améliorer la gestion des prestations sociales (APA, PCH...) d'aide à domicile.

Le circuit met en liaison les acteurs suivants : le *financeur* (le Conseil général, les Caisses de retraite, les mutuelles, la MSA...) *un émetteur* (les émetteurs sont des institutions habilitées à cet effet par l'ANSP. Il y a 3 émetteurs historiques : Chèque domicile ; Sodexo ; ACCOR-Caisse d'Épargne et 3 nouveaux émetteurs : Domiserve, Titres CESU de la banque postale et Natixis) ; les *bénéficiaires d'une prestation sociale* légale ou extra-légale, (APA, PCH, PAJE, prestation d'une mutuelle ou d'une assurance), les *intervenants ou opérateurs* qui fournissent le service, *le Centre CESU* qui enregistre les paiements aux comptes employeurs et salariés, calcule les déductions sociales et fournit les attestations fiscales.

Le CESU social a une valeur faciale et il est inscrit, comme sur un chèque le nom du bénéficiaire de la prestation et du bénéficiaire de la rémunération.

Actuellement, seuls moins de dix départements utilisent le système du CESU social, certains pour payer l'APA à domicile, et/ou la PCH et/ou la garde à domicile ou l'intervention d'une travailleuse sociale et familiale. Certaines caisses de Mutualité sociale agricole l'utilisent également et la Caisse nationale d'assurance vieillesse serait en train de faire un appel d'offres pour trouver un émetteur pour pratiquer le système du CESU social pour régler les heures d'aide ménagère et autres prestations extra-légales d'aide à domicile.

Le département des Pyrénées Orientales est le seul à n'utiliser que ce système pour liquider l'ensemble des prestations d'aide à domicile qu'il sert.

Le fonctionnement du système est décrit dans l'annexe consacrée au fonctionnement du système dans trois départements ainsi :

Le département des Pyrénées orientales a donc délégué toute la gestion du remboursement des interventions à domicile à un émetteur de CESU.

Le mécanisme est le suivant :

- 1 - La personne choisit ses opérateurs pour effectuer les différentes opérations notées à son plan d'aide valorisé ;
- 2 - Ce plan d'aide est transmis au Conseil général, à la direction PAPH qui dans son système informatique saisit :

- le nom du bénéficiaire ;
- heure par heure, le nom de l'opérateur choisi, qu'il s'agisse d'un prestataire, d'un mandataire ou d'un salarié de gré à gré et donc le tarif applicable ;
- 3 – Le fichier est transmis mensuellement à l'émetteur ;
- 4 – L'émetteur édite des chèquiers comportant autant de chèques que d'heures ou de financement du matériel jetable (avec le nom du fournisseur retenu) et adresse ces chèquiers aux bénéficiaires ;
- 5 – Le bénéficiaire, à la fin du mois, règle sa facture à l'opérateur en lui donnant autant de chèques CESU que d'heures d'intervention d'une part et un chèque bancaire normal global pour la part qui lui reste à charge pour le mois.
- 6 – L'opérateur ramasse ses chèques (un très grand nombre) et les adresse (avec un bordereau) à l'émetteur qui les lui paie, en prélevant une commission de 3,5% ;
- 7 – L'émetteur édite mensuellement un listing nominatif par bénéficiaire, qui est contrôlé par la direction PAPH du Conseil général et qui fait ressortir les anomalies pouvant exister entre par exemple l'opérateur prévu et l'opérateur qui a encaissé le chèque (par exemple pour le gré à gré, si c'est le petit fils qui encaisse le chèque plutôt que le salarié prévu).
- 8 – Le département acquitte une commission de 0,9%.
- 9 – Les chèques perdus par le bénéficiaire sont réédités par le Conseil général à la demande de l'opérateur.
- 10 – Les chèques non utilisés parce que l'intervention prévue n'a pas eu lieu ne peuvent pas être détournés, puisqu'ils sont nominatifs ; ils sont détruits par le bénéficiaire. Ils ne donnent pas lieu à paiement, donc ni indu, ni dépense d'APA pour des interventions non facturées.
- 11 – Les risques de fraude : ils sont minimes et nécessitent une collusion entre le bénéficiaire et l'opérateur : des heures d'intervention non faites qui seraient facturées et payées en CESU, mais cela implique que le bénéficiaire paie également sa part, sinon le contrôle peut être facilement effectué ; des heures d'intervention payées à un proche (gré à gré) qui ne donnerait pas un service en échange. En fait dès lors que le bénéfice de l'APA est ouvert aux proches (hormis le conjoint) ce risque est difficile à juguler. Néanmoins dans la valorisation des plans d'aide, les équipes sont très vigilantes sur le recours à un membre de la famille qui n'est d'ailleurs « agréé » que pour une durée d'un an, au contraire de tous les autres opérateurs.
- 12 – Améliorations envisagées : le département étudie avec la Chambre de commerce et d'industrie un système de bornes permettant aux opérateurs d'effectuer la saisie de leurs chèques automatiquement. Ceci résoudra un des deux problèmes des opérateurs, celui de la transmission des chèques pour encaissement.

7.5.1. Avantages et inconvénients du système de CESU social

C'est le Conseil général qui est le grand gagnant de la mise en place de ce système : en effet, il n'acquitte des frais de gestion qu'à hauteur de moins de 1% pour l'ensemble des opérations financières avec les opérateurs, puisqu'il paie l'émetteur en un seul paiement mensuel ; il peut être assuré d'un contrôle de l'effectivité total, d'ailleurs il a gagné 15% des sommes dépensées en APA domicile depuis la mise en place du CESU ; l'envoi des chèques aux personnes lui permet de spécifier la part qu'il prend à l'aide à domicile, ce qui est un grand souci des financeurs locaux ; enfin, d'une certaine manière, ce système permet de respecter le libre choix des personnes, mais de garder un œil sur l'effectuation des interventions et notamment empêche les détournements d'APA par les proches à des fins autres que l'aide aux personnes âgées.

7.5.1.1. Les opérateurs trouvent le système lourd à gérer et n'y ont pas vraiment avantage.

Le système est lourd à gérer parce que les opérateurs doivent recueillir, à la présentation de leur facture mensuelle, autant de chèques que d'heures effectuées. Ceci évidemment représente un volume papier très important, puisque les opérateurs prestataires ont encaissé par exemple en 2008, plus de 100 000 chèques par mois (contre plus de 120 000 émis). Ces titres représentaient pour plus de 4200 bénéficiaires par mois, en moyenne, 25 titres par bénéficiaire. Il a été émis entre 4400 et 5000 titres mandataires par mois en 2008 pour un nombre de bénéficiaires qui a chu de 120 à 95. Enfin l'emploi direct a donné lieu à l'émission d'environ 40 000 titres par mois, avec un taux d'encaissement qui a cru de 82% à 93%. En décembre 2009, le nombre de titres encaissés pour un bénéficiaire était de 43 par mois. Il est à noter que le nombre de titres émis pour l'emploi direct a cru en proportion égale de la décru de l'emploi par mandataire.

Pour un opérateur important comme le CCAS de Perpignan, qui fait effectuer 235 000 heures par an par 200 salariés (à moins de 27 heures/mois) le recueil des chèques (presque 20 000 par mois) représente une charge de travail d'autant plus élevée que le système précédent du paiement par le département sur présentation d'une facture mensuelle était effectuée par le Trésor public, à qui il suffisait d'indiquer le nombre d'heures par bénéficiaire de l'APA. (de la PSD à l'époque).

Une association comme Pia-Agly, 45 salariés, 45 000 heures ne se plaint pas du système.

Dans les deux cas, ce sont les intervenantes qui collectent les chèques, dans quelques très rares cas, les chéquiers sont confiés à l'opérateur par le bénéficiaire, très dépendant, à charge pour celui-ci de bien effectuer les heures qui se paiera, et qui de toute façon ne pourront pas dépasser le montant prescrit en APA.

Quelles améliorations pourrait-on envisager ?

Le règlement en dotation globale ne sera pas choisi par le Conseil général, qui préfère que l'allocataire soit à la fois responsabilisé sur le prix de l'intervention et quotidiennement conscient du service payé par le Conseil général avec les impôts de tous. De toutes façons, il n'est pas certain que même en système de dotation globale (avec paiement mensuel d'une avance de un douzième ou quatorzième du budget) le travail soit sensiblement allégé, qui implique de toutes façons de faire le décompte exact des heures effectuées chez tous les bénéficiaires. Un système de télégestion couplé à la saisie du CESU permettrait peut être d'alléger encore les démarches qui restent d'ores et déjà relativement simplifiées.

Reste le prix relativement élevé de la commission (3,5% de la facture), qui est évidemment récupéré dans le tarif et donc pour part à charge de l'usager, pour part du Conseil général. On imagine qu'un tel tarif puisse devenir dissuasif dans les départements qui appliquent aux prestataires non autorisés des tarifs très éloignés de leurs coûts réels. Par exemple sur une heure facturée à 16,30 Euros, la commission représente 0,57 Euros.

7.5.1.2. Pour l'usager ?

Qu'il emploie un prestataire ou un emploi direct, avec le système du CESU, les formalités sont très réduites, puisqu'il n'a qu'à remplir le chèque du reste à charge qui lui est présenté et à détacher de son carnet CESU autant de chèques que d'heures effectuées. Peut être pourrait on éditer des chéquiers avec des regroupements par tickets de 10-5-2-1 heures pour économiser le papier et les manipulations ?

7.5.2. Le CESU améliore-t-il ou non la qualité ?

1 – Si l'on estime que l'effectivité de la prestation réellement servie entre dans la qualité de la prestation APA, il est clair que le système du CESU préfinancé est le meilleur gage d'effectivité : il n'implique pas de contrôle de l'effectivité auprès du bénéficiaire, qui n'a pas à donner de « preuve » de l'effectivité.

2 – Le système du CESU préfinancé ne diminue pas les procédures, il les répartit différemment entre les différents acteurs :

- le Conseil général ne peut appliquer un système de CESU préfinancé que s'il dispose d'un bon système informatique, lui permettant de liquider les plans d'aide ligne par ligne (par type d'intervention, identités du bénéficiaire et de l'intervenant) et de transmettre ces informations sous forme numérique à l'émetteur. Une fois ce système mis en place, il garantit une vraie rigueur dans la gestion de l'allocation, une rapidité dans le paiement des opérateurs, un report du temps consacré au paiement sur une fonction contrôle a posteriori du paiement ? La gestion par le système du CESU préfinancé est donc de bien meilleure qualité.

- Les opérateurs ont en charge un peu plus de procédure : collecte des chèques et présentation à l'encaissement. Mais il leur est tout à fait loisible de coupler ce système avec une télégestion, qui leur permette à la fois de contrôler l'effectivité de l'intervention et d'établir la double facture, bordereau pour les CESU et facture mensuelle du reste à charge. Dès que seront en place des systèmes de lecture/transmission automatisées des CESU, sans doute les procédures seront encore allégées.

- Les personnes ont certes à s'acquitter de deux types de paiement, les CESU pour la part payée à l'opérateur et le chèque personnel pour le reste à charge. Mais ce système a l'avantage de matérialiser, acte par acte son prix réel (la valeur payée par le Conseil général est imprimée sur chaque chèque) et permet même au bénéficiaire très pauvre de ne pas se sentir redevable vis-à-vis de la personne qui intervient auprès d'elle. Or on sait qu'il est essentiel dans ces états de dépendance de pouvoir être non redevables en effectuant un contre don aux personnes qui s'occupent de vous, sous peine sinon de risquer de tomber sous leur coupe. Le système du CESU préfinancé est donc un bon système qui allie à la fois la simplicité du tiers payant et la nécessité que les bénéficiaires restent conscients des coûts des prestations qui leur sont offertes.

3- Le système du CESU préfinancé garantit-il le libre choix par le bénéficiaire de son opérateur ?

Oui, à condition qu'aucune pression directe ou indirecte ne soit exercée sur lui au moment du choix sur la liste qui lui est présentée.

Oui, parce que le reste à charge différent selon les opérateurs n'est pas lié au système du CESU, mais à la politique tarifaire du département ; un système de tarif de responsabilité unique pour tous les opérateurs, selon leur mode d'intervention, permettrait de simplifier l'émission des CESU sur lesquels on n'aurait qu'à apposer l'identité du bénéficiaire et de l'opérateur choisi (nécessaire pour éviter les détournements à d'autres paiements) et favoriserait l'exercice de la concurrence.

4 – Le système du CESU préfinancé favorise-t-il le contrôle de la qualité de l'intervention ?

De fait, il est totalement neutre par rapport à cette question. Le contrôle qui pourrait être exercé par diverses autorités selon les domaines (DDASS, DDTEFP, Inspection du travail, Conseil général, DDCCRF, URSSAF, Caisses régionales ou locales de régimes de retraite) l'est essentiellement sur pièces. Le système du CESU préfinancé allège le contrôle de l'URSSAF et du fisc, puisque les exonérations et les attestations fiscales sont éditées par le système CESU ; le système du CESU préfinancé en revanche n'implique pas la transparence des tarifs appliqués, puisque seul celui qui est appliqué à l'opérateur figure sur la valeur faciale du CESU ; l'émission du CESU préfinancé n'intervenant qu'au terme du choix de l'opérateur et celui-ci devant déclarer son statut au Conseil général, il est clair

qu'il est tenu à plus de transparence que dans le cas où l'on verse à un bénéficiaire une somme globale, à charge à lui de rémunérer avec celle-ci les intervenants qu'il a choisis. En revanche rien dans le système du CESU préfinancé n'améliore –t-il la qualité de l'intervention du point de vue des relations avec l'utilisateur, de l'honnêteté des intervenants, de la qualification technique des intervenants, des relations entre les salariés et l'employeur, que celui-ci soit un prestataire ou le bénéficiaire lui-même.

De fait, le système du CESU préfinancé permet un bon contrôle de gestion, mais il n'est d'aucune aide sur le contrôle de la qualité du service.

7.6. *Le système du CESU social est-il généralisable à l'ensemble des départements et financeurs de prestations sociales ?*

- La loi n'impose bien sûr pas aux collectivités locales de recourir à un mode de liquidation des prestations sociales dont elles ont la charge d'une manière spécifique. Une telle clause ne serait pas du domaine de la loi au sens de l'article 34 de la Constitution.
- Ce système est différent de celui de la dotation globale et il ne permet pas de financer les opérateurs même autorisés au-delà du prix affiché et du nombre de prestations réalisées. Dans certains départements, le poids d'opérateurs traditionnels, qui ont intérêt à ce que persiste le système du paiement par dotation globale est important et s'oppose à la mise en place du CESU.
- Certains départements ne souhaitent pas payer le coût direct et indirect de l'émission du CESU, qui in fine se monte à au moins 4,6% du tarif, à charge du financeur de la prestation sociale ou de l'utilisateur. Reste à savoir si une liquidation par les services du Conseil général et la mise en place d'un contrôle d'effectivité sur pièces ou l'absence de contrôle serait moins cher.
- Le recours au système du CESU social, implique que le département dispose d'un système informatique de gestion des prestations sociales qui lui permette de liquider celles-ci ligne à ligne, par bénéficiaire et par nature de l'intervention et statut de l'intervenant. Or de tels systèmes doivent être développés spécifiquement. Le service informatique du Conseil général des P.O. l'a fait.

7.6.1. Le CESU RH

C'est un CESU distribué par un employeur à ses salariés (mais qui peut aussi être acheté par des petits entrepreneurs ou des professions libérales) et qui leur permet d'acheter les 21 services nommés plus haut. Les entreprises bénéficient d'une exonération de charges sociales jusqu'à un plafond de 1830 Euros par salarié et par an (2008), de la réduction de l'assiette de l'impôt sur les sociétés des titres émis, et en plus d'un crédit d'impôt sur les sociétés égal à 25% du montant des titres distribués dans la limite de 500 000 Euros par an.

Le CESU RH n'a pas encore connu un grand succès. D'une part, parce qu'il s'adresse essentiellement, du côté des entreprises comme des salariés aux cadres, dont on cherche à augmenter le salaire sans payer de charges supplémentaires ni qu'ils paient d'impôt supplémentaire. Pour la majorité des salariés, dont le salaire reste proche du SMIC, ni l'entreprise n'offre de tels paiements, ni les salariés ne souhaitent consacrer la hausse du pouvoir d'achat à de telles consommations.

Reste qu'à terme, les classes moyennes pourront être intéressées à participer à l'entretien de leurs vieux parents ou à la garde de leurs jeunes enfants par ce moyen là plutôt que par une dépense nette.

D'autant que de tels moyens de paiement pourraient s'ajouter dans un système de gestion cohérent à ceux payés par le biais des prestations sociales et ainsi enrichir l'aide à domicile des personnes âgées.

Annexe 3 : Départements visités par la mission

HAUTS DE SEINE

Les services à domicile pour les personnes âgées et dépendantes dans les Hauts de Seine

1. DONNEES DE BASE :

1 532 000 habitants, 36 communes dans le Conseil Général Hauts de Seine.

APA : autour de 30 M €, 8000 bénéficiaires, 10 000 demandeurs

2. COUVERTURE DES BESOINS

Autorisation : 15 services sont actuellement autorisés par le Conseil général, après passage en CROSM. A noter cependant que le schéma départemental sur les personnes âgées comporte une planification pour les établissements mais pas pour les services. Un N° de correspondance en agrément qualité est donné par le préfet.

Depuis la loi Borloo, tous les services personnes âgées, handicapées et enfants de moins de 3 ans sont incités à demander l'agrément qualité : il n'y a plus de nouvelles autorisations ; le stock est de 114 structures agréées qualité. Le flux est de 81 en 2008. Un certain nombre d'organismes n'ont qu'une faible activité ou ont disparu.

Les agréments sont instruits par la DDTEFP sur la base d'un dossier type de demande d'agrément (23 pages). Le taux de refus est relativement important (12 sur 81 demandes en 2008). Le principal motif de refus est la qualification des personnels administratifs et d'encadrement. Lorsqu'un agrément est accordé avec réserve (ex sous condition de recrutement d'intervenants qualifiés), le service est suivi et contrôlé l'année qui suit .

Les avis demandés au CG 92 (parfois négatifs) ont toujours été suivis par le préfet. Ce ne fut pas toujours le cas des avis à d'autres Conseils généraux (notamment de Paris).

Il y a 2 retraits d'agrément qualité en 2008 : non respect du cahier des charges (personnels d'encadrement non qualifiés, locaux inaccessibles aux personnes handicapées, pas d'enquête de satisfaction auprès des usagers, attestation fiscale non conforme), non respect de la réglementation en matière d'hygiène , sécurité et conditions de travail (durée des contrats de travail, pas de représentants du personnel, pas de document d'évaluation des risques professionnels).

La DDTEFP a demandé à l'AFPA de réaliser une cartographie de l'implantation de ces structures (pourtant le site du CG en fournit une...). Il y a une complémentarité avec les SSIAD : il en existe 31 (pas tout à fait 1 par commune comme le prévoyait le schéma gérontologique de 2004) soit 1927 places ce qui n'est pas suffisant (8 places administratives manquent) et suscite une demande inappropriée auprès des SAD.

3. CONTROLE

La DDTEFP a mis au point un modèle de bilan d'activité des organismes agréés de services à la personne. Ce bilan (15 pages à documenter) porte sur les activités, les modalités d'intervention (y compris financières), les moyens d'exploitation, les moyens humains. Les questions de qualité

(suivi de la qualité par la structure, réunions de suivi du personnel) y figurent. Pour l'heure, le bilan annuel n'est pas véritablement exploité par les services.

A noter que 8 organismes sont inscrits dans le programme Thétis. 2 sont certifiées Qualicert.

La DDTEFP procède à des contrôles suivis en se rendant sur place, notamment dans les services agréés sous réserve (cf plus haut) et sur indication du Conseil général. Les contrôles sont en général conduits conjointement par plusieurs services: DDTEFP et inspection du travail, DDTEFP et services du Conseil général. En 2007 13 contrôles ont été effectués. En 2007, 6 mises en demeure ont été faites et 3 agréments ont été retirés. En 2008 19 contrôles ont été réalisés avec 3 mises en demeure, un signalement au préfet. Le souci principal tient à la qualification de l'encadrement. Des pratiques de globalisation de la facturation, avec prélèvement automatique, apparaissent chez des mandataires.

La DDTEFP déplore :

- l'absence de sanctions pénales prévues par le code du travail en cas d'exercice d'activité sans agrément qualité
- l'absence de coordination avec les services fiscaux, la DDCCRF et l'URSSAF même si des signalements sont réalisés.

Les services départementaux de la DGCCRF interviennent sur plainte (moins de 10 plaintes sur le secteur) et ont inscrit 90 structures dans le programme d'enquête 2008 organisé par l'administration centrale : contrôles sur la publicité et les règles de démarchage (éventualité de pratiques commerciales trompeuses), l'existence et le contenu des devis et contrats, le droit de rétractation, l'évolution annuelle des prix. Les publicités sur les réductions d'impôt et le reste à charge ne sont pas toujours réguliers.

L'inspection du travail a procédé à des contrôles, conjointement avec la DDTEFP. Les contrôles n'ont jamais lieu chez le particulier. Ils ont fait ressortir, par exemple des questions relatives aux contrats de travail (ex travail à temps partiel sans mention d'horaires, durée du travail de nuit, temps de trajet, représentation du personnel et absence de CHSCT alors qu'il s'agit d'un secteur à risque non négligeable – dorsalgies, allergies aux produits ménagers...). Il y a eu une mise en demeure et une verbalisation.

4. TARIFICATION ET APA

Les services autorisés sont remboursés de façon forfaitaire entre 18,5€ et 19,6€ selon leur taille (à cet égard, les services du CG estiment que le seuil de rentabilité d'un service se situe autour de 100 000 heures par an d'auxiliaire de vie et 20 ETP salariés). Ces tarifs sont opposables à l'APA et à l'aide sociale, mais non à la CNAV (aide ménagère).

En fonction du degré de perte d'autonomie et du plan d'aide personnalisé, la personne âgée peut avoir accès à une aide pour les tâches domestiques (ménage, courses, cuisine, gestion administrative, etc.) et/ou avoir recours à une aide humaine pour les actes essentiels de la vie et le maintien du lien social (se lever, se déplacer, s'habiller, faire sa toilette, prendre ses repas, etc.). En 2007 la prestation a été ouverte (stock), à domicile à 7496 personnes, en établissement à 7268 personnes.

Les équipes APA (34 ETP assistantes sociales pour 8000 dossiers) jouent un rôle essentiel :

4.1. Etablissement du plan

- Le plan d'aide est établi sur la base d'une visite au domicile de la personne (durée : 1 heure et demi) qui définit la nature et la fréquence de l'aide requise (aide pour les actes essentiels de la vie, tâches domestiques, fournitures d'hygiène, téléalarme, adaptation du logement, portage de repas, hébergement temporaire...) et indique le type d'intervenant et la qualification. Si la personne refuse un service prestataire, elle doit en donner le motif; celui-ci figure dans son dossier.
- Les tarifs maxima sont les suivants en 2008 : GIR 1 : 1208 €, GIR 2 : 1036 €, GIR 3 : 777 €, GIR 4 : 518 €
- Pas de participation du bénéficiaire au dessous de 677€/ mois de ressources 90% au-dessus de 2698 €
- Une liste de services de proximité (incluant éventuellement les services d'autres départements) est fournie à la personne. Des conseils sont souvent donnés : les équipes privilégient l'orientation vers les prestataires.
- Les services APA estiment que le passage de 2 à 3 intervenants différents chez une même personne est acceptable. En tous cas lorsqu'une personne est très dépendante et n'a pas un environnement de proximité suffisant, il n'est pas possible de faire autrement.

4.2. Suivi

Le suivi se fait notamment par un contact de l'équipe avec les coordinatrices ou responsables de secteur des organismes. Il peut donner lieu à une nouvelle venue sur place en cas de problème (maladie, hospitalisation)

Il n'y a pas de contrôle d'effectivité, l'APA étant versée au bénéficiaire et non à l'organisme. Un organisme comme Synergie par exemple n' a pas plus de 8% de paiement direct par le CG. Ainsi, pendant une hospitalisation, les organismes prestataires rémunèrent-ils leur personnel, alors que le bénéficiaire touche l'APA mais ne paye pas d'heures de service pendant cette période.

5. PLAINTES

Celles-ci sont adressées au numéro vert national ou à l'association SOLRES 92 (SOLidarité RESpect)..

Ni les services du CG, ni ceux de la DDTEFP n'ont de recueil de plaintes. Les équipes APA ont relevé des plaintes concernant le travail non fait (personne ne passe la serpillière...), de retards, de manque de savoir cuisiner ou de vols .

Les associations d'usagers rencontrées estiment que les familles osent peu réclamer, craignant que les personnels ne soient retirés ou changés. Elles déplorent la pression de la rentabilisation du temps et l'insuffisante formation des personnels aux caractéristiques notamment de la personnalité Alzheimer (voir plus bas).

Les SAD rencontrés par la mission traitent les réclamations systématiquement : chaque coup de téléphoné est enregistré. Les chefs de secteur, souvent en contact avec les équipes APA s'efforcent de régler les problèmes. Les plaintes de vol sont souvent peu significatives. S'il y a doute sur l'intervenant, celui-ci est remplacé.

6. INFORMATIONS DIVERSES FOURNIES PAR LES ORGANISMES RENCONTRES

- Position par rapport aux procédures en vigueur :
 - o La FASSAD 92 (groupe UNASSAD) plaide pour le système de l'autorisation considéré comme plus transparent (tarif contrôlé tous les ans) et plus cohérent.
 - o les bilans annuels, lourds à remplir sont considérés comme de la paperasse inutile
- L'importance de la qualité :

La qualité du service dépend en partie de l'environnement de la personne. Plus encore que la formation des intervenants, c'est l'organisation du travail et le suivi des intervenants par l'encadrement qui est décisif. Il est nécessaire d'avoir un responsable de secteur ou une coordinatrice pour 25/30 000 heures.

Sur les dispositifs de formation : les organismes s'y impliquent. La VAE est lourde à mettre en place (Synergie lui consacre une dépense de 70 000 € par an), les contrats d'apprentissage, l'alternance sont difficiles à planifier et rencontrent l'hostilité des personnes âgées qui ne veulent pas perdre leur personnel pendant le temps de formation ou voir augmenter le turn over du personnel placé auprès d'eux..

Concernant la prévention des risques de non qualité, les organismes demandent le casier judiciaire. Un organisme fait figurer dans son règlement intérieur (qu'elle fait signer par les bénéficiaires) l'interdiction de l'usage de la carte bleue par les salariés ou mettent en place un système de plafonnement.

- Concernant la gestion

Les organismes soulignent la difficulté d'établir des plannings, les plans d'aide étant morcelés et le personnel, pas toujours disponible. Il est inévitable qu'un même bénéficiaire ait plusieurs intervenants.

Synergie pratique la télégestion depuis plus d'un an : l'intervenante à son arrivée et à son départ chez le bénéficiaire pointe au téléphone. Le coût de ce système est de 12 000€/an.
- La composition du prix facturé : salaire brut de l'intervenant + cotisations patronales avec exonération (2,2% accident du travail +2,6% formation) + coût des heures payées non facturées au bénéficiaire soit environ 25 % du coût de l'intervenant (congrés, trajets, périodes d'hospitalisation du bénéficiaires) + coût de l'encadrement + coût du personnel administratif et de direction + coûts de fonctionnement (local, téléphone...) + charges fiscales .

Les marges sont faibles, entre une tarification à 18/19 € et une rémunération de l'auxiliaire de vie à 10/12 € bruts.

Concernant la rémunération, il existe 2 points mal résolus : la prise en compte des trajets, souvent rémunéré, de fait, au forfait et le travail de nuit qui n'est rémunérable au forfait que dans la convention du particulier employeur.

- La concurrence du travail au noir et la pénurie de personnel sont les soucis principaux des responsables de ASD rencontrés par la mission. Malgré le recours aux contrats aidés, en dépit de conventions avec l'ANPE, d'un forum de l'emploi organisé par la préfecture avec l'ANPE et un comité départemental qui réunit tous les trimestres les différents partenaires et la chambre de commerce du 92, les organismes, faute de personnel, ne peuvent répondre à la demande et ont créé des listes d'attente. Une initiative de formation à la langue française a permis de recruter des femmes étrangères.

7. POSITION DU CODERPA, DU CLIC ET DE L'ASSOCIATION FRANCE ALZHEIMER

- La question fondamentale est la contradiction entre l'exigence de professionnalisation et la faiblesse des financements : la solution n'est pas de diminuer les heures d'aide ni de "rentabiliser" les plans d'aide : le mode de comptage des heures est pénalisant car les personnes âgées, en particulier les personnes atteintes d'Alzheimer prennent beaucoup de temps et celui-ci fait souvent défaut, "on bouscule le malade".
- Le turn over des personnels est un gros problème. Il faudrait un maximum de 2 intervenants différents par jour. Ce ne sont pas nécessairement les GIR 1 qui sont le plus consommateurs de temps d'aide.
- Il est essentiel de donner une formation spécifique à la maladie d'Alzheimer : aspect théorique, mais surtout savoir faire (en alternance, avec tuteur...) pour permettre aux intervenants de comprendre l'attitude et la demande de ces malades.
- Il serait important qu'avant mise en place d'un dispositif d'intervention, il y ait une visite préliminaire de l'association et de l'intervenant et si possible une journée d'adaptation.

Pyrénées orientales

1. LE FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DANS LES PO

1.1. Contexte :

Population totale au 01/01/06 : 425 500 habitants dont 39% de plus de 60 ans et 22,5% de plus de 75 ans.

Bénéficiaires de l'APA à domicile : 5510 et 3200 en établissements

Coût de l'APA à domicile : 31,5 millions d'Euros, soit une augmentation de presque 11% du BP 2008 au BP 2009. A ceci s'ajoutent 1656 bénéficiaires d'une aide sociale aux personnes âgées dont des services ménagers, du portage de repas pour environ 4 millions d'Euros, soit en tout une dépense de presque 36 millions pour l'aide à domicile des personnes âgées, qui représente 212 Euros par habitants de plus de 60 ans et 82 Euros par habitant du département.

Les personnes rencontrées décrivent ainsi le département : beaucoup de personnes âgées pauvres ; en revanche pas de pénurie de main d'œuvre, sinon en soins infirmiers, mais des difficultés de faire accéder des personnes à bas niveau de qualification ne serait-ce qu'aux diplômes niveau V accessibles par la VAE, sans parler d'aide soignante ou d'infirmière. Mais des solidarités de proximité très fortes encore et donc un environnement pour les personnes âgées familial, si bien que l'aide à domicile permet de soulager les aidants familiaux d'une population qui reste à domicile dans des états de grande dépendance, du fait de sa faible solvabilité et du faible taux de places d'hébergements dans le département (11 personnes de plus de 75 ans pour une place en établissement et 3 personnes de plus de 85 ans ; le taux moyen d'une place pour 102 habitants est trompeur, vu l'âge de la population).

1.1.1. Organisation des services

Le Conseil général des Pyrénées orientales a mis en place ses services sociaux de la manière suivante :

- En centrale, des directeurs Personnes âgées-handicapées, Enfance, Politiques sociales et des services de gestion financière et de contrôle.
- Dans 8 territoires, des Maisons sociales de proximité, regroupant sous l'autorité hiérarchique d'un cadre (Conseiller socio-éducatif ou attaché territorial) trois équipes rattachées à un coordonnateur d'une des trois directions. Ces derniers vont être rattachés au responsable des MSP.
- Certaines tâches de gestion sont centralisées (APA), d'autres déconcentrées au niveau de la MSP : la gestion de l'APA est centralisée, du fait du système informatique (TRIASE) développé par le service informatique du Conseil général. Les dossiers de demande sont tous envoyés pour instruction administrative par les MSP, mais aussi la mission Personnes âgées du niveau central, les mairies, les CCAS, des prestataires.
- Puis le dossier administratif est renvoyé à la MSP pour que l'équipe médico-sociale de celle-ci effectue le girage et le plan d'aide.
- En revanche, les demandes d'aide sociale, notamment aide ménagère et portage de repas sont entièrement gérées au niveau des MSP.

1.2. Comment est organisé l'aide à domicile dans les PO ?

- Le Conseil général des Pyrénées orientales souhaite jouer pleinement son rôle de coordination de la politique en faveur des personnes âgées. Pour cela il a établi un schéma personnes âgées, avec une prévision en structures d'hébergement qu'il ne souhaite pas corriger à la hausse. En fait, il nous a été clairement indiqué que le département souhaitait garder la maîtrise sur l'ouverture de nouvelles structures, de manière à ce que toutes celles qui seront ouvertes, autorisées ou non, habilitées ou non, correspondent réellement aux besoins des territoires : tarifs accessibles, services joints, développement de formes d'accueil séquentiel...). Pour cela le Conseil général ne souhaite pas traiter avec de « grands groupes » qui dupliquent le même type d'équipement partout, sans adaptation aux spécificités du territoire.
- C'est la même philosophie qui est appliquée par rapport à l'aide à domicile : le Conseil général privilégie les structures autorisées, (il continue à accorder des autorisations, soit à des organismes existant – CCAS – soit à de nouveaux opérateurs) et qui représentent plus de la moitié des services remboursés au titre de l'APA.
- Cette politique de régulation par la maîtrise de l'offre de services n'aboutit cependant pas à un vrai déni du droit aux structures seulement agréées à accéder à la solvabilisation par l'APA. En effet, les prestataires agréés sont remboursés sur la base d'un tarif de référence, de 16,30 Euros, soit 6% de moins que la structure autorisée la moins chère et 13% de moins que la structure la plus chère (hors APF).
- Il n'est pas sûr qu'un opérateur privé à but lucratif ne serait pas autorisé, pour l'instant, aucun d'entre eux n'a fait la démarche complète de demande d'autorisation. Cependant, la concurrence est réelle entre les opérateurs privés à but non lucratif et les opérateurs publics notamment et en général, même les endroits les plus difficiles d'accès disposent d'une offre qui n'est pas limitée à un seul opérateur.
- Le choix de l'exécution du plan d'aide se fait ainsi : une fois déterminé le plan d'aide, la personne choisit ses opérateurs, prestataires, mandataires ou gré à gré ainsi que les fournisseurs de matériel à usage unique, remboursé dans le cadre de l'APA sur une liste complète qui lui est fournie par l'équipe médico-sociale.
- Les chèques sont ensuite édités.

1.3. La tarification

Le Conseil général des PO fixe à la fois le tarif des opérateurs autorisés (26) et un tarif de remboursement des prestataires non autorisés, mais agréés qualité, des mandataires et des salariés de gré à gré.

Le tarif des prestataires autorisés s'établit entre 17,35 et 18,68, (avec un service plus cher, l'APF, à 21,91 Euros). Un prestataire autorisé, non encore tarifé est payé à 16,30 Euros et va être tarifé. Tous les prestataires non autorisés sont remboursés à 16,30 Euros.

Tableau 2 : Tarifs de référence pour la valorisation des plans d'aide de l'APA

Type d'aide	Prise en charge
Matériel à usage unique (couches, alèses)	30 € / 60 € / 90 € selon avis de l'équipe médico-sociale
Petit matériel (rehausseurs, barre d'appui, tabouret, tables, etc)	Maximum 150 € versé sur le 1er mois d'attribution de l'APA ou en cas d'aggravation
Portage de repas	Forfait de 2 €/ repas limité à 20 portages/ mois
Téléalarme	Forfait limité à 20 € De ce forfait sera déduit la contribution de la MSA ou de la mutuelle
Garde de nuit	Forfait de 50 €
Hébergement temporaire en établissement	8 semaines / an forfait de 35 € / jour hors restauration
Accueil de jour	Alzheimer : 31 €/jour Maison de retraite : 25 €/jour
Accueil en famille d'accueil ou résidence privée sans intervention extérieure (type résidence service) pour prendre en compte l'abonnement services	/ jour = 1heure de SMIC + indemnité de sujétion Détermination de l'indemnité de sujétion : GIR 4 = 1 x minimum garanti GIR 3 = 2 x minimum garanti GIR 2 = 3 x minimum garanti GIR 1 = 4 x minimum garanti
Tarif horaire prestataire d'une structure agréée	16,30 €
Tarif horaire prestataire d'une structure autorisée	Tarif réel plafonné à 18,50 €
Tarif horaire de l'emploi direct	10,92 € (au 1er juillet 2008) indexé sur chaque revalorisation du SMIC et des charges sociales.
Tarif horaire du mandataire	11,92 € (au 1er janvier 2009) tarif de référence de l'emploi direct au 1er janvier 2009 +1 Euro et de l'indexer ensuite sur les revalorisations du SMIC et charges sociales.

1.3.1. Le fonctionnement du CESU

Le département des Pyrénées orientales a donc délégué toute la gestion du remboursement des interventions à domicile à un émetteur de CESU.

Le mécanisme est décrit dans l'annexe consacrée au fonctionnement du CESU. Celle-ci présente les avantages et inconvénients du système ainsi que les améliorations envisageables.

1.3.2. Les divers contrôles mis en place dans les pyrenées orientales

1.4. *Le contrôle de la réalité du plan d'aide et de la qualité sur place*

Outre le contrôle d'effectivité fait par le biais du CSU, les équipes médico-sociales peuvent effectuer des visites sur place pour s'assurer de la réalité du fonctionnement du plan d'aide, de l'adéquation du choix des intervenants et de la nécessité ou non de l'évolution du plan d'aide. Elles n'effectuent pas de contrôle lié à la prévention des mauvais traitements de manière systématique, mais vont sur place en cas de plainte.

1.5. *Les contrôles des opérateurs par les services de l'Etat*

La DDASS n'effectue aucun contrôle systématique de l'activité des services d'aide à domicile, alors même qu'elle détient une compétence en la matière aux termes de l'article L.313-13 (*Dans les établissements et services autorisés par le président du Conseil général, les contrôles prévus à l'alinéa précédent (infractions au code de l'action sociale et des familles), sont effectués par les agents départementaux mentionnés à l'article L.133-2 et dans les conditions définies au dit article. Toutefois, ces contrôles peuvent être également exercés, de façon séparée ou conjointe avec ces agents, par les agents de l'Etat mentionnés au présent article.* Et à l'article L.331-1 *Le contrôle des établissements, services, lieux de vie ou d'accueil, autorisés, agréés ou déclarés dans les conditions du présent code, est exercé, sous l'autorité du ministre chargé de l'action sociale et du représentant de l'Etat dans le département, par les agents qualifiés statutairement des directions des affaires sanitaires et sociales dans les conditions précisées à l'article L.313-13 ainsi que par les membres de l'inspection générale des affaires sociales. Ce contrôle tend, notamment, à s'assurer de la sécurité des personnes accueillies.*

Quand la DDASS est saisie d'une plainte, qu'il s'agisse d'un SSIAD ou d'un SAD, elle demande au responsable de la MSP compétente d'envoyer un travailleur social sur place, ce qui est fait dans tous les cas. C'est arrivé deux à trois fois dans les sept dernières années. (présence dans la direction de l'inspecteur présent à la réunion)

De manière générale, hormis le girage, l'établissement du plan d'aide et la vérification de la réalité de celui-ci, l'instruction d'une plainte, personne n'est au contact du bénéficiaire ou de sa famille.

Les services centraux du Conseil général, la DDCCRF, l'inspection du travail, la DDTEFP en sa qualité de délégué territorial contrôlent sur pièces ou / et sur place uniquement les opérateurs. La DDCCRF effectue le contrôle pour vérifier que les règles liées au démarchage à domicile sont bien remplies, notamment le délai de rétractation de 7 jours, après signature d'un contrat de prestation. Egalement il s'agit de vérifier la qualité des informations fournies par les mandataires et notamment le fait que le bénéficiaire soit bien informé du fait qu'il reste employeur de la personne. (et soumis en tant que tel aux règles afférentes au droit du travail, rédaction d'un contrat de travail pour une durée d'emploi supérieure à huit heures par semaine, procédure de licenciement en cas de décès de la personne, droit à la formation...). « Les contrôles sur d'autres pratiques déloyales, telles que la tromperie (mandataire non employeur, accès à des déductions fiscales non possibles...) l'abus de faiblesse, la publicité de nature à induire en erreur le consommateur, exercées avec pression sur une clientèle vulnérable ou en situation de faiblesse (situation d'urgence) permettront d'atteindre l'objectif de protection du consommateur voulu par les pouvoirs publics. DGCCRF, directive nationale d'orientation 2008, orientation n°6, Services à domicile.

La DDCCRF vérifie également que la clause d'exclusivité est bien remplie : par exemple s'agissant du transport de personnes à mobilité réduite ou âgées, le même opérateur ne peut pas transporter ces personnes, activités de son agrément qualité et n'importe qui d'autre qui n'ouvrirait pas droit aux déductions sociales et fiscales pour les services d'aide à la personne. De même un coiffeur à domicile ou un prestataire de soins esthétiques ne peuvent prétendre au statut réservé aux opérateurs d'aide à la personne que s'ils réservent leurs services à des publics ciblés vulnérables.

L'Inspection du travail programme des contrôles à partir des plaintes des salariés uniquement : plaintes concernant l'absence de rémunération des temps de transport dans la journée de travail, l'exposition aux produits dangereux...

La DDTEFP a mis au point une grille de contrôle (fiche de contrôle, voir annexe...) qui devrait permettre un contrôle sur pièces et sur place, regroupant les compétences et les champs de contrôle de l'inspection du travail, de la délégation territoriale aux services à la personne. Cette fiche est assez complète, mais également assez générale. Elle reprend les principales préconisations de l'agrément qualité ainsi que celles du code de la concurrence et de la consommation et quelques éléments de droit du travail.

On peut reprocher à cette fiche de contrôle le fait de ne pas être élaborée à partir de situations de travail auprès des bénéficiaires et notamment de ne comporter aucun élément visant à prévenir la maltraitance physique, psychique ou financière.

Par exemple, il n'y est pas question du traitement des plaintes (recueil, traçabilité, suivi), ni du contrôle de l'honnêteté des intervenants (pas de condamnation dans ces domaines), ni des formations spécifiques au suivi de ces publics (type programme Humanitude, diplôme universitaire d'agent de convivialité...), ni de l'existence ou non d'une supervision, d'un mode de règlement des conflits, avec les familles, les proches.

Il semble bien pourtant que la simple existence de documents préparés et remplis tels les contrats, les chartes diverses et variées, l'information réciproque sur l'identité des bénéficiaires et des intervenants ne puisse suffire à assurer la qualité du service.

Pourquoi n'y a-t-il rien sur la protection des salariés par rapport aux proches de la famille, mais également aucun élément pratique du type : l'opérateur interdit dans son règlement que les intervenants se voient confier des cartes bleues pour faire les courses ; qu'ils administrent les biens de la personne. L'opérateur s'assure éventuellement par une ou deux interventions menées avec l'accompagnement d'un tuteur de l'aptitude de l'intervenant à opérer auprès de personnes souffrant de maladies d'Alzheimer, de pathologies requérant des comportements spécifiques dans l'interaction avec l'auxiliaire de vie, d'exigences liées à des pathologies spécifiques (par exemple obsessions psychiques quant au nettoyage des lieux, des gestes de la vie courante...). Pourquoi n'y a-t-il rien sur le choix des produits de nettoyage et notamment sur le fait que l'opérateur s'assure que l'intervenant n'est pas amené à utiliser au domicile de la personne un produit dangereux. Bref, pourquoi un tel guide de contrôle n'est-il pas élaboré à partir d'un relevé des principaux dysfonctionnements répertoriés ?

1.6. Le Conseil général a développé ce qu'il appelle une démarche d'octroi d'un label

Le label qualité ne concerne que les structures autorisées. Le label est pour le Conseil général une manière de « faire vivre l'autorisation ». Il requiert la production annuelle de documents par l'opérateur et des audits réalisés par les services du Conseil général. En effet, il a semblé nécessaire au Conseil général des Pyrénées orientales de ne pas attendre trop longtemps que les procédures à élaborer par l'ANESM se mettent en place et de mettre en place dès à présent les moyens destinés à s'assurer de la qualité des prestataires autorisés après avoir traité la question de la qualité de la gestion de la prestation. A cet effet, le Conseil général a élaboré une grille d'audit

des services à domicile, avec des critères correspondant à six exigences. En fonction de la note attribuée pour chacune de ces exigences (de 0 à 2 points), le contrôle sera jugé satisfaisant, contiendra des recommandations sur les critères perfectibles, des recommandations avec suivi fixé par la convention d'objectifs.

Cette grille d'audit a été testée sur un premier opérateur.

Pour l'IGAS, cette démarche s'intitule à tort Label. En effet, un label est en général octroyé par le milieu professionnel ou usagers, mais rarement par la puissance publique financeur. La démarche décrite, au demeurant intéressante, s'apparente plutôt à un conventionnement et peut-être est-ce le désir de « faire moins administratif » qui a poussé le Conseil général des P.O. à adopter ce vocable de label plutôt que de parler de convention, comme de parler d'audit plutôt que de contrôle. Reste qu'il s'agit bien de fixer par une convention des exigences de qualité et une acceptation d'un contrôle sur la base d'un tarif autorisé.

1.7. Les différents types de contrôle ne sont pas menés de manière cohérente et ne sont pas complémentaires

Il semble à l'IGAS que la grille d'audit sus mentionnée, utilisée par le Conseil général pour accorder un label est la version relativement la plus réaliste et la plus pragmatique qu'elle ait vue. En effet, les questions sont posées de manière relativement concrète et succincte de manière à pouvoir être renseignées de façon opérationnelle, visant à aboutir vite à une appréciation. Loin de viser l'exhaustivité, ce type de contrôle vise l'effectivité et la généralisation.

On peut cependant regretter qu'il ne soit proposé qu'aux organismes autorisés. Sauf si le Conseil général, continuant sa politique tarifaire restrictive vis-à-vis des prestataires non autorisés vise à faire se retirer du marché les organismes simplement agréés qualité, il n'y a aucune raison qui justifie de ne pas mener ce type de contrôle auprès des organismes agréés. Certes leur nombre est plus élevé, mais justement, de tels audits permettraient de pousser ces organismes à se rapprocher et éventuellement mutualiser des moyens de coordination, contrôle, formation...

On peut se demander cependant si un travail ne pourrait pas être mené pour mettre en synergie les compétences en matière de contrôle des uns et des autres et notamment utiliser au mieux les compétences de chacun pour réaliser des contrôles complets ou du moins mettre en commun les résultats des contrôles.

Il est clair en tout cas que si un jour se mettent en place les audits et évaluations internes et externes, les enquêtes de satisfaction, les procédures de certification toutes annoncées par des textes non encore appliqués, il risque d'y avoir des incohérences dans les conclusions, des injonctions contradictoires et peut être tout cela constituerait-il un écran de fumée qui empêcherait un réel contrôle de la réalité et de la qualité du service fait. Mais le prix aurait augmenté dans l'intervalle, renvoyant les bénéficiaires au colloque singulier avec les salariés de gré à gré.

L'audit réalisé en vue de l'octroi du label qualité par le Conseil général des P.O.

- L'organisation répond aux besoins et aux attentes des bénéficiaires ;

Cette exigence est évaluée en demandant si le bénéficiaire et/ou sa famille participent à la définition des modalités d'intervention, si un contrat (contenu décrit) est passé, si celui-ci se réfère au plan d'aide, si la structure propose un système de réclamation et un suivi adapté, si la structure dispose d'une organisation apte à définir les interventions en fonction des bénéficiaires ; les personnes qui ont besoin d'un service continu peuvent bénéficier des services de l'opérateur.

- La structure maîtrise l'environnement législatif et réglementaire de l'aide à domicile

Questions de compétence du responsable sur ces questions et d'information des bénéficiaires sur les aides auxquelles ils peuvent prétendre.

- La formation du personnel est adaptée aux besoins ;

Les critères sont là le ratio heures d'intervention/ETP de personnels répondant aux critères de qualification ; le rapport entre les formations proposées et les attentes des personnels, le fait que les personnels d'aide à domicile aient passé des tests de qualification prouvant qu'ils savent lire.

- Les conditions de travail sont conformes aux exigences légales

Les critères sont l'application de la convention collective sur la durée du travail, les congés, les remboursements des frais kilométriques, la rémunération

- Le personnel connaît les règles de fonctionnement de la structure

Les critères sont la connaissance par les intervenants des fiches de poste, des fiches d'intervention, du règlement intérieur

- La structure met en œuvre le contrôle et le suivi des interventions

Les critères sont l'état complet des classeurs de suivi et de coordination, l'existence de contrôles internes des interventions au domicile

En conclusion, l'auditeur se demande si les renseignements fournis lors de la demande d'autorisation et dans les rapports d'activité annuels sont conformes aux observations faites lors de l'audit.

L'Ain

1. DONNEES DE BASE

Un département de plus de 570 000 habitants, en forte croissance démographique et une population en moyenne jeune, du fait des migrations de populations des agglomérations voisines (Lyon et Genève principalement, mais aussi Villefranche-sur-Saône, Macon, Chambéry... villes moyennes voisines).

Une population répartie entre plus de 400 communes, pour l'essentiel rurales dans un vaste territoire, mais avec des secteurs en forte urbanisation dans le pays de Gex (agglomération genevoise), dans le sud (agglomération lyonnaise) et sur le bassin de Bourg-en-Bresse.

2. COUVERTURE DES BESOINS

- a) Historiquement, le conseil général a eu la volonté de couvrir ce territoire vaste et rural. Si aujourd'hui ce département, toujours aussi vaste, est beaucoup plus industriel et urbanisé (Pays de Gex en proximité de Genève, zone péri-urbaine de l'agglomération lyonnaise au sud), il rencontre fréquemment, du fait d'un taux de chômage très bas (jusqu'à mi-2008), des difficultés à recruter des salariés. Ainsi, le département est couvert par six structures autorisées par le conseil général, pour l'essentiel très anciennes :
- l'ADMR, association départementale d'aide à domicile en milieu rural, fédération des 26 associations locales (700 salariés, 400 ETP, 500 clients) ; dispose également d'une association mandataire et d'une association intermédiaire.
 - l'ADAPA, association départementale d'aide aux personnes de l'Ain, pour les zones urbaines à l'origine, hors Bourg (830 000 heures, 900 salariés pour 650 ETP)
 - l'AAFP, association aide familiale populaire, pour Bourg-en-Bresse (90 000 heures et 55 ETP)
 - l'association Ain Aide et Service, service mandataire uniquement (300 000 heures, 587 personnes pour 142 ETP)
 - la délégation départementale de la Croix Rouge (60 000heures, 35 ETP), principalement pour des personnes malades ou handicapées,
 - Val de Saône Dombes Service (80 000heures, 54 ETP pour 70 salariés), structure plus récente (années 80), axée au départ sur un SIAD, dans le sud-ouest du département. A mis en place également, en partenariat avec le Centre Hospitalier de Trévoux, un accueil de jour.

Les six structures autorisées sont conventionnées, dans le cadre d'une seule convention commune, par le conseil général de l'Ain. Il s'agit d'une organisation de l'offre sur l'ensemble du territoire, par des opérateurs associatifs uniquement, « associations pivot » pour la mise en œuvre des plans d'aide, avec un objectif affiché « d'éviter les concurrences entre associations financées sur fonds publics ». Elles bénéficient de subventions pour leurs frais de gestion (17,41€ par dossier, soit 126 831€ au total en 2008), et d'avances mensuelles sur le versement de l'APA (de 9144€ pour la Croix Rouge à 695 000€ pour l'ADAPA en 2009) dans le cadre du système de tiers payant.

b) Les agréments Etat.

Au 31 décembre 2008, 93 agréments avaient été accordés, dont la moitié d' « agréments qualité ». Parmi eux, les agréments qualité des associations du territoire, et notamment les 26 associations locales de l'ADMR.

Le dispositif mis en place dans le cadre de l'autorisation ne laisse guère d'espace aux « agréés qualité », ni même à la concurrence, puisque le conseil général a voulu, dans le cadre et sur la base de la loi de 2002, organiser l'offre. L'aspect tarifaire conforte cette organisation. Mais quelques entreprises privées ont obtenu ou sollicitent l'agrément qualité, tandis que de nombreuses existent sur l'agglomération lyonnaise (Rhône) qui pourraient bien s'intéresser au sud de l'Ain limitrophe.

- c) La convention CRAM avec le conseil général concerne les GIR 5 et 6, avec un tarif opposable spécifique et non réévalué de 17,53€ par heure, sans droit à dépassement ni autre frais. Ce qui pose des questions de couverture du coût réel et de cohérence par rapport aux tarifs du conseil général.

3. DEPENDANCE, APA ET TARIFICATION DU CONSEIL GENERAL

Dans l'Ain, l'évaluation pour le dossier de demande APA est effectuée par les médecins traitants uniquement. Le plan d'aide est défini par les services du conseil général, et la mise en œuvre par les associations autorisées.

De ce fait, les six associations sont « tarifées », avec un tarif de référence « prestataire » de 19€ par heure, mais avec des variations par association selon leurs charges réelles (ancienneté du personnel, comité d'entreprise ou non, effort de formation...) sont prévues, entre 18,63€ pour l'ADMR et 19,23€ pour l'ADAPA.

Le tarif « mandataire » (association Ain Aide et Services) est lui de 13,74€/heure.

A noter que c'est ce même tarif qui est accordé, le cas échéant, à d'autres prestataires agréés qualité.

4. ETAT ET CONTROLE

La DDASS est partie prenante, outre pour les SIAD et le contrôle, par l'instruction des dossiers de financement de la section IV de la CNSA, avec des financements obtenus souvent supérieurs aux attributions d'origine : 346 000€ en 2006, 245 000€ en 2007 (au lieu de 175 000€ à l'origine) et 330 000€ en discussion lors de notre passage en novembre 2008 (au lieu de 140 000€). La direction des services fiscaux (DSF) souligne que 8674 personnes de plus de 70 ans ont bénéficié de la réduction d'impôt en 2006, pour un montant global de 13,717 millions d'€, et une dépense moyenne de 1580€ par contribuable. Il n'y a pas d'axes de contrôle spécifiques à cet égard.

La Direction départementale de la concurrence, de la consommation, et de la répression des fraudes (DDCCRF) effectue des contrôles sur les règles d'information du consommateur, sur le démarchage à domicile, le contrat et le délai de rétractation, ainsi que sur les règles de concurrence (abus de position dominante, monopole...) mais souligne leurs limites (pas habilités à vérifier le code du travail etc.) ainsi que la contradiction entre concurrence et tarifs fixés par le conseil général (associations autorisées) ou ceux de l'agrément qualité, dont la hausse est réglementée. La DDCCRF souligne que le dispositif du conseil général, avec l'APA et les associations pivot, s'apparente à une entrave à la concurrence et à l'entrée du privé.

S'agissant de la qualité du service, ils n'interviennent qu'en cas de plainte, et dans les limites de leurs compétences juridiques.

L'Inspection du travail a entrepris des contrôles, qui provoquent quelques réactions. Les principales difficultés soulevées en matière de service à domicile sont : la durée du travail, avec les questions d'amplitude et de repos ; le temps de trajet entre deux interventions, pas toujours pris en compte, ou insuffisants pour se rendre d'un domicile à l'autre. Le non respect de clauses de convention collective (récupération d'heures etc.). L'hygiène et la sécurité également : produits domestiques de la personne pouvant être dangereux, risques biologiques (gale ...)

5. APPRECIATIONS DES OPERATEURS ET USAGERS POUR L'AMELIORATION DE LA QUALITE DE SERVICE.

Pour les opérateurs, les principaux enjeux sont :

- Le renforcement de l'encadrement des intervenants
- la coordination entre tous les intervenants, entre le médical et le social. Nécessité de réunions de synthèse.
- Le tutorat des nouveaux salariés, pour ne pas laisser un nouvel intervenant se débrouiller seul chez la personne âgée. Pas de financement de journée de tutorat. A souligner, la difficulté pour les remplacements, notamment durant les congés d'été.
- La formation adaptée des intervenants
- S'appuyer sur le Centre d'aide médico-psychologique pour l'accompagnement des salariés.

Pour les représentants des usagers, membres du CODERPA, les principaux points d'amélioration sont :

- nécessité de formations adaptées aux maladies de type Alzheimer, car il faut bien connaître cette maladie pour avoir le bon comportement
- davantage d'encadrants pour les intervenants et de soutien pour les familles
- Difficultés territoriales : dans le pays de Gex notamment (logements trop chers, absence de main d'œuvre etc.) entraînant une non consommation de l'APA
- Nombreux « petits » dysfonctionnement dans le service rendu, peu graves en soi, mais mal vécus par les personnes âgées, qui multiplient les griefs, réels ou ressentis : « elle n'est jamais à l'heure », « elle n'est pas pressée de se mettre au travail », « il faut toujours lui réexpliquer », « ce n'est jamais fait dans les coins », « elle me dérange tout dans mes placards » etc sont les remarques qui remontent systématiquement, caractéristiques, mais qui soulignent l'importance d'un comportement adéquat et adapté de l'intervenant.
- La multiplicité des intervenants, certes nécessaire par les contraintes horaires et de gestion, mais souvent excessive.
- Problème des limites entre les différents intervenants

6. PLAINTES

Il existe dans l'Ain un dispositif d'écoute téléphonique ALMA 01 (3977) ouvert deux demies-journées par semaine, qui complète le numéro vert national pour la maltraitance.

Les associations d'usagers estiment que les personnes âgées n'osent guère se plaindre auprès des opérateurs (hormis certaines personnes « râleuses ») de peur soit de s'aliéner l'intervenante concernée, soit de lui attirer des ennuis, montrant l'ambivalence des relations. Un système de médiation est souhaitable, de même que la visite plus régulière au domicile d'encadrant.

