

Conseil départemental du Doubs

REUNION DU 15 JUIN 2015

N° 102
DGS/DA

ACTIONS DU DEPARTEMENT POUR LE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE RAPPORT DE LA CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES

Sommaire

INTRODUCTION	2
LES OBSERVATIONS DE LA CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES	2
PROJET DE DELIBERATION	4

INTRODUCTION

Par courrier en date du 15 juillet 2014, M. Roberto SCHMIDT, Président de la Chambre régionale des comptes de Bourgogne Franche-Comté, informait le Président du Conseil général du Doubs qu'il avait inscrit au programme annuel de ses travaux, l'examen de la gestion du Département à partir de l'exercice 2011 jusqu'à la période la plus récente.

Il précisait que, s'inscrivant dans le cadre de l'enquête conjointe Cour – Chambres régionales des comptes relative au maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, l'examen de la gestion du Département porterait prioritairement sur ce thème.

Le rapport d'observations définitives, qui vous est présenté aujourd'hui, concerne donc spécifiquement cette politique et s'intéresse particulièrement à l'expérimentation d'une nouvelle tarification de l'APA à domicile, menée dans le Doubs à partir de juillet 2011 au travers de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les services d'aide à domicile autorisés du département.

Une seconde partie, illustrant l'intégralité des autres volets, sera présentée à l'Assemblée à l'issue de l'examen des comptes en cours, le rapport d'observations provisoires n'ayant pas encore été transmis au Département.

LES OBSERVATIONS DE LA CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES

S'agissant du présent rapport d'observations, vous trouverez ci-après le calendrier et les dispositions réglementaires afférentes :

- Le rapport d'observations définitives de la chambre m'a été adressé ainsi qu'à mon prédécesseur, M. Claude JEANNEROT, ancien ordonnateur, le 20 avril 2015.
- La réponse à ce rapport a été transmise par mes soins dans un délai d'un mois, soit le 19 mai 2015.
- La notification du rapport définitif, accompagnée de ma réponse et de celle de M. JEANNEROT, a été communiquée le 27 mai 2015.

Conformément aux dispositions du code des juridictions financières, l'examen de ce rapport et de ses annexes est inscrit à l'ordre du jour de la plus proche réunion de l'Assemblée suivant sa réception.

Vous trouverez, en annexe, l'ensemble des pièces nécessaires à votre analyse du dossier, aussi bien la production du rapport que les réponses apportées.

Le rapport pose, en premier lieu le cadre de la politique départementale en direction des personnes âgées, c'est-à-dire le contexte national, l'organisation administrative et la stratégie du Département, les moyens consacrés à cette politique et la coordination gérontologique.

Concernant les moyens alloués, les efforts réalisés par le Département pour contenir les dépenses d'APA tout en préservant la qualité du service rendu à l'utilisateur et l'activité des services d'aide à domicile sont reconnus.

Le dispositif des CPOM est précisément analysé, et même si des améliorations sont préconisées, la Chambre estime qu'au terme de l'expérimentation, le Département a atteint une grande partie de ses objectifs.

Il est d'ailleurs prévu que les nouveaux CPOM, qui seront signés en 2016, s'appuient sur des engagements clairs et contractualisés du Département et des services dans une logique de mandatement de service public au sens du droit européen qui prévoit une juste compensation du service rendu.

Quant aux recommandations effectuées par la Chambre, j'ai demandé aux services de mettre à niveau, dans les meilleurs délais, les procédures pour s'y conformer.

Je tenais à vous faire part de ces éléments et vous invite à en débattre.

*

En conclusion, et sur la base des éléments développés dans ce rapport, je vous demande de bien vouloir vous prononcer sur le projet de délibération figurant sur la page suivante.

La Présidente du Département,



Christine BOUQUIN

PROJET DE DELIBERATION

**ACTIONS DU DEPARTEMENT
POUR LE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES
AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE
RAPPORT DE LA CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES**

Sur proposition de Madame la Présidente du Département et après en avoir délibéré, le Conseil départemental prend acte du rapport de la chambre régionale des comptes relatif aux actions du Département pour le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et des pièces s'y rapportant.



Le Président

RS/CS/AD/IFB - n° 15-ROD2-CB-16

Dijon, le 27 mai 2015

P. J. : 1 annexe

Madame la Présidente,

Par une lettre du 20 avril 2015, je vous ai communiqué le rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes de Bourgogne, Franche-Comté sur la gestion du département du Doubs, premier cahier relatif aux actions du département pour le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie afin que vous puissiez lui apporter une réponse. A cette même fin, le rapport a été également communiqué à votre prédécesseur.

Le délai légal d'un mois imparti aux destinataires d'un rapport d'observations définitives pour adresser leur réponse écrite à la chambre régionale des comptes étant expiré, j'ai l'honneur de vous notifier le rapport d'observations définitives ci-dessus mentionné.

Sont jointes à ce rapport les réponses reçues, en l'occurrence votre lettre en date 19 mai 2015 et la lettre du 18 mai 2015 de M. Claude JEANNEROT, ancien président.

En application des dispositions de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, il vous appartient de communiquer ce rapport d'observations définitives au conseil départemental, dès sa plus proche réunion.

Madame Christine BOUQUIN

Présidente du Conseil départemental du Doubs

Hôtel du département
7 avenue de la Gare d'Eau

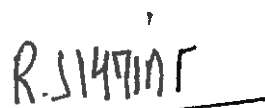
25031 BESANCON Cedex

En conséquence, ce rapport doit être inscrit à l'ordre du jour du conseil départemental, joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donner lieu à un débat.

Dès qu'aura eu lieu la première réunion du conseil départemental suivant sa réception, il deviendra communicable aux tiers en vertu des dispositions de l'article R. 241-18 du code des juridictions financières. Je vous saurais donc gré de bien vouloir me faire connaître la date de cette réunion.

En application des dispositions de l'article R. 241-23 du code des juridictions financières, une copie du rapport d'observations définitives est transmise au préfet et au directeur du centre des finances publiques du département.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de ma considération la plus distinguée.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'R. SCHMIDT', written over a horizontal line.

Roberto SCHMIDT

S O M M A I R E

1.	PROCEDURE	6
2.	LES PERSONNES AGEES DANS LE DOUBS	6
2.1.	Le département du Doubs dans le contexte national	6
2.1.1.	Les caractéristiques démographiques et socio-économiques du territoire	6
2.1.2.	Les données du département	8
2.2.	L'organisation administrative	8
2.3.	La stratégie du département du Doubs	9
2.4.	Son adéquation avec à la stratégie des autres acteurs (ARS)	12
2.5.	Les moyens consacrés aux personnes âgées dépendantes	12
2.5.1.	L'offre d'hébergement collectif	12
2.5.2.	Les moyens financiers	13
2.6.	La coordination gérontologique	15
2.6.1.	Les Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC)	15
2.6.2.	La coordination gérontologique renouvelée par la future Maison de l'Autonomie	18
3.	LE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES	20
3.1.	L'APA à domicile	20
3.2.	Les différents modes d'intervention de l'aide à domicile financés par l'APA	20
3.3.	Les SAAD, organismes prestataires	21
3.4.	Les règles de tarification	21
3.5.	L'application de ces règles par le département du Doubs	22
4.	L'EXPERIMENTATION DU CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS POUR LES SERVICES AUTORISES	25
4.1.	Le cadre du CPOM : principes juridiques et mise en œuvre	25
4.1.1.	Une mise en œuvre très rapide	26
4.1.2.	L'inscription du dispositif dans le cadre très large du CASF, moins précis que le droit européen du mandat	27
4.1.3.	L'absence de déclinaison opérationnelle des objectifs fixés aux services mandatés	29
4.2.	L'innovation du CPOM : le principe de la forfaitisation	31
4.2.1.	« Une adaptabilité renforcée aux besoins de l'utilisateur, s'appuyant sur une participation forfaitaire »	31

4.2.2.	Une sécurisation des prestations dans le cadre d'une enveloppe contrainte : la dotation forfaitaire annuelle d'APA	33
4.2.2.1.	La détermination d'une enveloppe contrainte	33
4.2.2.2.	La répartition de l'enveloppe	34
4.2.2.3.	Une méthode peu lisible pour les SAAD	36
4.2.2.4.	Le maintien de la référence à un taux horaire moyen annuel pour chaque service	38
4.3.	Le bilan du CPOM sur la période 2010 (avant mise en œuvre) et 2013 (2^{ème} année pleine)	38
4.3.1.	La hausse d'activité des SAAD autorisés, prestataires quasi exclusifs de l'aide à domicile en 2013.	38
4.3.1.1.	Une reprise de l'activité à partir de 2012, soutenue par la hausse des bénéficiaires et une effectivité croissante des heures prévues aux plans d'aide	38
4.3.1.2.	Des plans d'aide plus effectifs dès 2011	41
4.3.1.3.	La place croissante des services autorisés sous CPOM dans l'aide à domicile des personnes âgées dépendantes	41
4.3.2.	L'introduction du CPOM contribue structurellement à la baisse de l'APA à domicile entre 2010 et 2013	43
4.3.3.	Malgré des gains de productivité, les SAAD enregistrent des déficits annuels limités, à une exception près	46
4.3.3.1.	La convergence des coûts	46
4.3.3.2.	La surcompensation dans le cadre du CPOM	49
4.3.4.	Conséquence de la forfaitisation, une hausse de la participation horaire pour les bénéficiaires	51
4.3.4.1.	La hausse de moins d'un euro de la participation horaire moyenne des bénéficiaires	51
4.3.4.2.	Les bénéficiaires restent très largement satisfaits	52
4.3.4.3.	Les délais d'instruction des plans d'aide demeurent supérieurs à la norme légale	53
4.4.	L'évaluation par rapport aux objectifs à 3 ans fixés par le CPOM	54
4.4.1.	Des objectifs atteints s'agissant de l'activité et des dépenses	54
4.4.2.	La convergence de la participation horaire moyenne du département : un objectif à relativiser au regard de l'hétérogénéité des situations économiques et juridiques des structures d'aide à domicile	55
5.	LES PERSPECTIVES	59
5.1.	La prochaine génération de CPOM	59
5.2.	L'expérimentation de rapprochement de l'offre d'aide et de soins à domicile	60
5.2.1.	Le fonctionnement actuel et ses limites	60
5.2.2.	Le dispositif proposé	61
5.2.3.	La nécessité de lever certaines incertitudes	62
5.2.3.1.	Le cadre juridique	62
5.2.3.2.	La responsabilité des actes liée à la polyvalence	63

S Y N T H E S E

Même s'il existe de fortes disparités au sein du département, le Doubs reste du point de vue démographique un territoire relativement dynamique, où les inégalités sont moins marquées que dans l'ensemble du territoire national et où la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus le place dans le dernier tiers des départements métropolitains.

Deux logiques complémentaires structuraient le volet vieillissement du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (SDOSMS) 2008-2012, la poursuite des efforts déjà réalisés en matière d'offre d'hébergement et la priorité donnée au maintien à domicile. Dans le schéma suivant, 2013-2017, le département a fait le choix d'une approche transversale de l'ensemble des politiques publiques d'aide sociale : l'approche stratégique est repensée au profit d'une plus grande efficacité des moyens mobilisés et le maintien à domicile des personnes âgées continue à être une priorité départementale affichée, au risque d'apparaître moins opérationnelle que dans le précédent schéma.

Le département finance quatre centres locaux de coordination gérontologiques (CLIC), présents sur les deux tiers du territoire. Parallèlement, de nouveaux dispositifs ont été mis en place, comme ceux en direction des malades d'Alzheimer (MAIA), ou certaines expérimentations promues par l'agence régionale de santé (ARS) comme les « parcours santé ». La création en 2015 d'une Maison départementale de l'autonomie devrait être l'occasion de clarifier l'articulation de cette abondance d'acteurs et de dispositifs, ce qui ne va pas sans poser la question du maintien des CLIC dans le paysage institutionnel.

Le département finance et gère l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Confronté à la charge croissante des dépenses d'APA, le département a plusieurs fois modifié son système de tarification entre 2005 et 2010. S'appuyant sur les travaux conduits au niveau national par l'association des départements de France (ADF), notamment, sur la réforme de la dépendance, le département du Doubs s'est engagé en 2011 dans une refonte complète du financement du maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, passant d'un système guichet à un système forfaitaire et contractuel.

Le département du Doubs a conclu en 2011, à titre expérimental, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) valant mandatement de l'allocation personnalisée d'autonomie avec neuf services d'aide à domicile (SAAD). Antérieurs à l'autorisation donnée aux départements, par la loi de finances pour 2012, d'expérimenter de nouvelles modalités de tarification des SAAD, les CPOM s'appuient sur les dispositions du code de l'action sociale et des familles (CASF), moins précises que le droit européen sur les compensations de service public : si la nature des obligations de service public et le mécanisme de compensation prévus au CPOM sont exposés de manière précise, il reste au département à régler la question de l'articulation entre le mécanisme de tarification et celui de la compensation « raisonnable » des coûts nécessaires à l'accomplissement des missions de service public.

Le département a fait le choix de suivre prioritairement la réalisation des objectifs de couverture territoriale et de structuration de l'offre de services. Faute de déclinaison opérationnelle des objectifs de qualité de service et de performance le nouveau système a manqué d'outils d'évaluation du service rendu, pourtant indispensables dans ce contexte d'expérimentation.

Contractualisé, le système d'allocation des ressources APA repose également sur le principe de la forfaitisation. Tout d'abord, celle du plan d'aide, et donc de la participation du bénéficiaire de l'APA qui, en contrepartie, bénéficie d'une adaptabilité renforcée de sa mise en œuvre : les organismes prestataires peuvent non seulement reporter les heures non réalisées d'un mois sur l'autre pour un même bénéficiaire, sans révision du plan d'aide, mais aussi, toujours dans la limite de l'année en cours, les répartir entre des bénéficiaires différents. La chambre recommande toutefois au département de suivre plus précisément la redistribution des heures d'intervention d'un bénéficiaire à un autre.

Ensuite, en contrepartie des missions qu'ils réalisent, une enveloppe annuelle de crédits est répartie entre les différents SAAD signataires du CPOM : chaque dotation est déterminée en fonction de l'activité de chacun des services, pondérée par plusieurs critères choisis de manière concertée avec les services concernés (dont, notamment, le poids des frais de déplacement et le niveau moyen de dépendance des personnes âgées prises en charge).

Toutefois, les modifications successives apportées au cours des trois années de mise en œuvre du CPOM à la définition des critères de répartition, conjuguées aux corrections effectuées dans le cadre d'arbitrages politiques, soulèvent le problème de la permanence de la méthode de détermination pluriannuelle de la dotation des services, et donc de sécurisation de leurs ressources, qui constituaient pourtant l'un des objectifs centraux de l'expérimentation. Par ailleurs, l'abandon prévu par le CPOM du système de tarification antérieur (tarif autorisé et tarif de référence) n'a pas fait disparaître toute référence à un tarif horaire. Ce tarif, calculé ex post, représente le prix versé à chaque structure par le département pour la réalisation d'une heure d'intervention au domicile d'une personne âgée dépendante.

A l'issue de la période d'expérimentation du CPOM, le département a atteint une grande partie de ses objectifs : la forfaitisation a mis fin à la baisse d'activité des services et l'offre est désormais structurée autour des 9 SAAD autorisés qui, en 2013, ont réalisé 98 % de l'activité. Les dépenses d'APA sont plus que maîtrisées car, grâce à la restructuration de l'offre autour des services autorisés, elles baissent de 7% entre 2010 et 2013, les dotations versées aux SAAD dans le cadre du CPOM étant stabilisées au cours de la même période.

Les SAAD ont pour leur part fait des efforts de gestion, au prix, pour certains, de déficits limités mais récurrents. Subsiste néanmoins une anomalie, celle de la surcompensation systématique des prestations réalisées par la fédération des ADMR, de près de 1,8 M€ sur 3 ans, soit entre 2,5 % et 3,5 % des sommes versées aux SAAD entre 2010 et 2013. Le département doit mettre un terme à cette situation qui apparaît disproportionnée, tant au regard du droit communautaire en matière de mandatement, que de la finalité des fonds publics qui alimentent les excédents constitués par cette fédération d'associations locales à but non lucratif.

Cette situation résulte pour partie de l'objectif de convergence tarifaire prévu par le CPOM, qui ne tient pas suffisamment compte de l'hétérogénéité des situations juridiques et économiques des services d'aide à domicile dont le statut (public ou privé), les charges, les régimes fiscaux et sociaux et les taux d'encadrement, peuvent diverger considérablement d'un service à l'autre. Ce constat devrait conduire le département à relativiser cet objectif de convergence tarifaire.

La préparation de la prochaine génération de CPOM devrait être pour le département l'occasion d'apporter des corrections au système actuel, notamment en matière de déclinaison opérationnelle des objectifs et d'évaluation. L'ajustement des critères en fonction des contraintes réelles de chaque service, des efforts de professionnalisation et de formation des personnels, d'optimisation de la gestion de chacune des structures, et l'introduction d'un taux directeur tenant compte des coûts et des objectifs de performance devraient permettre de répondre aux exigences de la jurisprudence européenne en matière de compensation. Tout en conservant la maîtrise de ses dépenses, le département doit donner aux services une réelle visibilité pluriannuelle de leurs ressources.

L'expérimentation menée avec l'agence régionale de santé (ARS) en 2014 et 2015 de rapprochement et de polyvalence entre aide et soins à domicile constitue également une nouvelle piste d'optimisation de la dépense publique en matière de maintien à domicile, à la condition que soient levées par le législateur certaines incertitudes juridiques relatives au régime de responsabilité des actes de soins réalisés par des aides à domicile.

RECOMMANDATIONS

Au terme de ses travaux la chambre adresse les recommandations suivantes :

1/ La Chambre recommande au département de suivre pour chaque service autorisé la redistribution précise des heures d'intervention d'un bénéficiaire à un autre.

2/ La Chambre recommande de respecter le délai légal de traitement des premières demandes d'APA fixé à deux mois.

1. PROCEDURE

En application de l'article L. 211-8 du code des juridictions financières, la chambre régionale des comptes a examiné la gestion du département du Doubs. Inscrit au programme 2014 de la chambre, la première partie du contrôle, objet du présent rapport, s'inscrit dans le cadre de l'enquête sur « le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie » conduite conjointement par la Cour et les chambres régionales des comptes. Conformément aux dispositions de l'article R. 242-1 du code des juridictions financières, le président du Conseil général a été informé de l'ouverture de ce contrôle par lettre du président de la chambre régionale des comptes du 15 juillet 2014.

L'entretien préalable de fin contrôle prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu le 25 novembre 2014.

Conformément aux dispositions du code des juridictions financières, notamment de son article R. 241-14, les observations formulées par la chambre dans sa séance du 12 décembre 2014 ont été portées à la connaissance de l'ordonnateur le 23 décembre 2014.

Des extraits des observations le concernant ont été communiqués au président de la Fédération départementale des ADMR du Doubs, par lettre du 22 décembre 2014.

M. Claude JEANNEROT, président du conseil général a répondu aux observations de la chambre par courrier du 27 janvier 2015, enregistré à la chambre le 28 janvier 2015 et M. Philippe ALPY, président de la fédération départementale des ADMR du Doubs par lettre du 9 mars 2015 enregistrée au greffe le 10 mars 2015.

2. LES PERSONNES AGEES DANS LE DOUBS

2.1. Le département du Doubs dans le contexte national

Comme le souligne le document élaboré en mai 2011 par l'Association des départements de France (ADF) à l'occasion des assises de la perte d'autonomie il est nécessaire de « s'appuyer sur des chiffres fiables pour avoir un débat utile ». Or, la multiplicité des sources de données statistiques et l'hétérogénéité des périmètres d'études constitue un frein à la correcte appréhension de la problématique des personnes âgées en perte d'autonomie dans un territoire donné. C'est donc volontairement que le rapport ne se réfère, pour caractériser le département du Doubs, qu'aux données nationales issues des travaux de l'INSEE et de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

2.1.1. Les caractéristiques démographiques et socio-économiques du territoire

L'espace rural représente plus de 80 % de la superficie du Doubs. Le département ne compte qu'une seule grande aire urbaine (au sens de l'INSEE), celle de Besançon, une grande agglomération, celle de Montbéliard (plus de 100 000 habitants) et une ville « moyenne », Pontarlier (18 000 habitants).

Evolution de la population du Doubs, des nombres de personnes âgées de 60 ans et plus, de 75 ans et plus et de bénéficiaires de l'APA

Années	2010	2011	2012	2013	variation
Population	527 770	529 103	530 930	532 549	0,9%
60 ans et +	116 084	118 789	121 436	124 090	6,9%
% population	22,0%	22,5%	22,9%	23,3%	
75 ans et +	43 326	44 245	45 257	46 105	6,4%
% population	8,2%	8,4%	8,5%	8,7%	
% 60 ans et +	37,3%	37,2%	37,3%	37,2%	
bénéficiaires APA	9 742	10 109	10 082	10 435	7,1%
% population	8,4%	8,5%	8,3%	8,4%	

Tableau enquête : Source département du Doubs

La population du département, estimée à 532 549 habitants en 2013, évolue peu mais positivement (+0,5 % en variation annuelle moyenne entre 2006 et 2011). Cette variation positive résulte du solde naturel, le solde des entrées / sorties étant négatif, selon l'INSEE.

Toujours selon les estimations de l'INSEE, les 60 ans et plus représentent un peu plus de 23 % de la population en 2013 et les plus de 75 ans 8,5 %, ce qui place le département dans le dernier tiers des départements métropolitains¹. Il en va de même pour l'indice de vieillissement², sensiblement inférieur en 2013 à la moyenne nationale (68,3 % contre 72,7 % pour la France métropolitaine).

L'espérance de vie à la naissance est en 2013 égale à la moyenne nationale pour les hommes (78,5 ans) et supérieure pour les femmes (87,7 ans contre 84,8 ans).

La proportion des personnes de 60 ans et plus vivant seules dans le Doubs, est égale en 2011 à la moyenne métropolitaine (28,7 %). Cette proportion atteint 39,7 % pour les personnes âgées de 75 ans et plus, soit une proportion supérieure à la France métropolitaine (38,7 %) et la France de province (38,2 %).

Enfin, en 2011, selon l'INSEE, les retraités représentent 25,9 % de la population totale (contre 26,6 % et 28,3 % pour la France métropolitaine et la France de province).

Le revenu médian dans le Doubs³ s'établit à 19 781 euros (1^{er} décile à 7 897, 9^{ème} décile 38 509) ce qui place le département au 22^{ème} rang des départements français⁴. Il est légèrement supérieur au revenu médian en France métropolitaine, de 19 218 €, et plus nettement supérieur à celui de la France de province au sens de l'INSEE (hors région Ile-de-France), qui s'établit à 18 737 €.

¹ Le premier étant la Creuse où la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus est de 35,4 % et celle des 75 ans et plus est de 15,5%, la moyenne en France métropolitaine étant de 24 % pour les 60 ans et plus et de 9,2 % pour les 75 ans et plus.

² Rapport de la population des 65 ans et plus sur la population de moins de 20 ans. Un indice autour de 100 indique que les 60 ans ou plus et les moins de 20 ans sont présents dans à peu près les mêmes proportions sur le territoire. Plus l'indice est faible, plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé, plus il est favorable aux personnes âgées.

³ INSEE, revenus fiscaux des ménages en 2011

⁴ Les Hauts-de-Seine et Paris occupant les 1^{ère} et 2^{ème} place, et la Seine-Saint-Denis, la dernière avec 15 234 €

Les chiffres relatifs au niveau de vie⁵ médian donnent des résultats similaires : il est de 19 984 € dans le Doubs (22^{ème} rang), contre 19 547 € pour la France métropolitaine et 19 117 pour la France de province.

2.1.2. Les données du département

L'état des lieux annexé au schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (SDOSMS) 2013-2017 compare le département du Doubs avec des départements présentant, selon le document, des caractéristiques sociodémographiques similaires⁶ et avec les moyennes régionale (Franche-Comté) et nationale, sur la période 1999-2009.

Les différents indicateurs retenus conduisent le département à formuler un diagnostic un peu plus pessimiste que celui résultant des données nationales plus récentes :

- une population en croissance, avec une hausse importante des naissances, mais néanmoins vieillissante
- un accès à la propriété plus aisé que dans les autres départements de l'échantillon
- des demandes d'aide sociale en hausse malgré un niveau de vie élevé
- des taux de pénétration hauts en matière de prestations liées à la dépendance et à la perte d'autonomie mais qui connaissent des évolutions variables.

Cet état des lieux relève que c'est le territoire du pôle de Montbéliard (jusqu'à Baume les Dames) qui comprend le nombre le plus élevé de seniors relativement à sa population de moins de 20 ans avec un indice de vieillissement de 72,7.

Même s'il existe de fortes disparités au sein du département, d'une manière générale le département du Doubs reste du point de vue démographique un département relativement dynamique et où les inégalités sont moins marquées que dans l'ensemble du territoire national.

2.2. L'organisation administrative

L'administration départementale est structurée en pôles : un pôle solidarité et cohésion sociale, un pôle territoire et développement durable et un pôle administration et ressources, chaque pôle étant dirigé par un directeur général adjoint.

Les missions du pôle solidarité et cohésion sociale sont réparties entre quatre directions fonctionnelles (autonomie, enfance et famille, insertion, jeunesse-sports et culture) et deux délégations, l'une, ressources et moyens généraux, à vocation transversale, l'autre dédiée à l'action sociale territoriale qui coiffe les trois pôles d'action médico-sociale.

La politique du département en matière de dépendance, qu'elle soit liée au vieillissement ou au handicap, relève de façon cohérente d'une même direction, celle de l'autonomie, dont la directrice est également chargée du projet de création de la maison de l'autonomie et anime trois pôles territoriaux « handicap et dépendance » (PHD), implantés à Besançon, Montbéliard et Pontarlier, qui jouent un rôle central dans la gestion des dossiers des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

⁵ Définition INSEE : Le niveau de vie est égal au revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation (uc). Le niveau de vie est donc le même pour tous les individus d'un même ménage. Les unités de consommation sont généralement calculées selon l'échelle d'équivalence dite de l'OCDE modifiée qui attribue 1 uc au premier adulte du ménage, 0,5 uc aux autres personnes de 14 ans ou plus et 0,3 uc aux enfants de moins de 14 ans.

⁶ Jura, Haute-Saône, Territoire de Belfort, Côte-d'Or, Côtes d'Armor, Drôme, Indre-et-Loire, Haut-Rhin, Somme.

2.3. La stratégie du département du Doubs

Depuis 2004, le département est devenu le chef de file des politiques sociales.

En ce qui concerne plus particulièrement les personnes âgées, il est chargé de définir et mettre en œuvre l'action sociale en leur faveur : *« Il coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (..), les actions menées par les différents intervenants, définit des secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public ».* (Article L.113-2 du code de l'action sociale et des familles).

Les orientations stratégiques du département du Doubs sont retracées dans le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (SDOSMS, prévu à l'article L. 312-4 du CASF), dont le plus récent a été adopté par l'assemblée délibérante le 21 octobre 2013.

Ce document d'orientation, qui couvre tout le champ social et médico-social, a succédé au schéma 2008-2012, qui s'inscrivait dans le plan « Doubs 2010 » (2004 – 2010), conçu après le changement de majorité en 2004.

Le SDOSMS 2008-2012 comprenait plusieurs volets : un volet « vieillissement », un volet « handicap » et un volet « enfance ». Le volet vieillissement, dédié à la politique sociale en direction des personnes âgées et articulé autour de cinq thèmes, était assorti d'un plan d'actions comportant 35 mesures nouvelles ou réaffirmées. Pour l'essentiel, deux logiques complémentaires structurent ce document : d'une part, la poursuite des efforts déjà réalisés en matière d'offre d'hébergement (« le développement et la diversification d'une offre d'hébergements adapté à chacun ») et la priorité donnée au maintien à domicile (« promouvoir un soutien à domicile de qualité »).

Les 5 thèmes développés par le volet vieillissement du schéma étaient les suivants :

- les retraités et les personnes âgées sont des citoyens à part entière ;
- pour bien vivre et bien vieillir dans le Doubs : promouvoir un soutien à domicile de qualité ;
- développer et diversifier l'offre d'hébergement dans la double logique de logements de substitution et de parcours résidentiels ;
- organiser et coordonner les acteurs du champ gérontologique pour mieux répondre aux besoins ;
- faire vivre et faire évoluer le schéma.

S'agissant plus particulièrement du maintien à domicile, le plan d'actions prévoyait de :

- favoriser l'accès aux prestations favorisant le maintien à domicile en tout point du territoire ;
- tendre à la continuité des prestations 365 jours par an ;
- développer des lieux de répit adossés aux services et établissements médico-sociaux pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et autres pathologies ;
- accompagner les déplacements et favoriser l'offre de transports adaptés.

Pour répondre aux objectifs de couverture géographique et temporelle de l'offre de services à domicile, le département a eu recours à la contractualisation avec les services d'aide à domicile (SAAD): il a mis en place un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'ensemble des SAAD en juillet 2011 (cf. infra).

Le volet « personnes âgées » du SDOSMS 2008-2012 a fait l'objet d'un bilan par le département qui met en évidence :

- la longueur et l'allongement des délais de réponse aux demandes des usagers ;

- le besoin d'une articulation plus forte entre la maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), les plateformes de répit et les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) pour une meilleure lisibilité (à l'exception du territoire de Montbéliard) ;
- la carence autour de l'accompagnement des personnes précaires vieillissantes ;
- des initiatives partenariales relativement isolées avec les secteurs médical et psychiatrique ;
- la démarche qualité d'accueil et d'accompagnement des services et établissements du Conseil général du Doubs.

S'agissant plus particulièrement du maintien à domicile, le bilan réalisé par le département identifie plusieurs chantiers pour l'avenir : celui de la qualité d'intervention des services prestataires et la formation des intervenants, l'aide aux aidants, les conditions de vie adaptées au maintien à domicile et la coordination services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) avec les services d'aide à domicile (SAAD).

Le schéma suivant, qui couvre la période 2013-2017 présente la particularité, par rapport au précédent SDOSMS, de réunir dans un schéma directeur unique les trois volets de l'action sociale et médico-sociale, auparavant distincts : le volet vieillissement, le volet handicap et le volet enfance-famille.

Cette approche transversale a été voulue par le Président du Conseil général qui a souhaité « passer d'une logique sectorielle à une logique transversale en s'appuyant sur la révision simultanée des trois volets » et « quatre concepts-clés (...) la coopération, la transversalité, la notion de 'parcours' et la prise en compte des territoires » (décrits dans l'état des lieux départemental annexé au SDOSMS).

Le SDOSMS 2013-2017 comporte une analyse précise, quantitative et qualitative, des besoins départementaux en matière de maintien à domicile des personnes âgées et de leur évolution sur la période concernée, grâce à :

- un état des lieux quantitatif établi par un cabinet privé aux niveaux départemental et infra-départemental ;
- une concertation sur une année (mi 2012 à mi 2013) dans le cadre de groupes de travail par public mis en place autour des grands thèmes de l'action sociale (personnes âgées, personnes handicapées, enfance) mais aussi par territoires avec les partenaires et élus municipaux et avec les équipes médico-sociales du département.

La rédaction du nouveau schéma a donné lieu à de nombreux échanges entre les différents acteurs (Etat, autres collectivités, associations). Cette démarche a été menée plus largement que pour le précédent SDOSM avec les personnes et institutions concernées par les politiques d'action sociale gérontologique, dont le comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA)⁷.

Dans son introduction au SDOSMS 2013, le Président du Conseil général précise que l'ambition du Conseil général doit être de « s'attacher au sens donné aux politiques de solidarités » et que le département ne doit pas être « seulement considéré comme distributeur d'allocations ».

Parmi les 6 enjeux repérés en introduction du schéma, trois concernent directement les personnes âgées :

⁷ Instance consultative placée auprès du président du conseil général depuis 2004, le comité départemental des retraités et personnes âgées dit CODERPA constitue un lieu de dialogue, d'information, de réflexion et de proposition (selon le décret 2004 - 1136 du 21/10/2004).

- la nouvelle place de l'usager et de sa famille : partant du principe que « les aidants familiaux sont une source d'expertise », le schéma propose que « *la famille [soit] une actrice à part entière des accompagnements professionnels, tant que cela ne la met pas en danger* ».
- le domicile comme principal espace d'intervention : « *les professionnels doivent poursuivre le mouvement déjà engagé de longue date [...] de sortir des structures pour intervenir chez l'usager* » ; « *cette intervention au domicile impliqu[ant] que le logement soit adapté aux besoins de la personne* ».

Il pose « *le principe que ce n'est qu'en dernier ressort, soit quand toutes les autres solutions auront été épuisées, soit quand les risques semblent trop importants, que la personne sera accompagnée vers un établissement sans ne jamais exclure entièrement un possible retour* » et ajoute que « *des passerelles entre domicile et établissement doivent donc être pensées* » et que « *des innovations sont encore possibles qu'il s'agira de développer dans le sens des complémentarités des prises en charge en faveur des aidants et des aidés* ».

- la responsabilité et la coopération entre professionnels comme garantie de la fluidité des parcours. Le schéma affirme que « *l'unique chose qui compte c'est que les professionnels écoutent, s'écoutent et coopèrent pour qu'aux fragilités qui existent et qui sont prises en compte, ne s'ajoute pas un risque de rupture de prise en charge* ».

Le SDOSMS 2013-2017 est composé de plusieurs documents :

- un document de synthèse qui expose les ambitions du département (« *prendre en compte la complexité des situations et le cumul au sein d'un même foyer des problématiques sociales et médico-sociales, développer une politique d'action sociale et médico-sociale construite à partir du territoire, une nouvelle place pour l'usager et pour sa famille, le domicile comme principal espace d'intervention, la responsabilité et la coopération entre professionnels comme garantie de la fluidité du parcours, la problématique psychique, un axe privilégié du schéma* ») et fixe huit grandes orientations à sa politique sociale et médico-sociale ;
- ces huit orientations transversales sont déclinées dans un plan d'actions, comprenant 33 actions présentées sous forme de fiches actions.

Certaines de ces actions sont précises et touchent des politiques publiques sectorielles, mais pour la plupart elles sont transversales et concernent tous les publics de l'aide sociale et médico-sociale, dont les personnes âgées en perte d'autonomie.

Un tiers des actions (sur 33) intéressent le maintien à domicile des personnes âgées et 15 % concernent plus précisément cet objectif (voir annexe 1).

Le schéma comprend des dispositifs relatifs à :

- l'adaptation du logement,
- l'aide aux aidants,
- la télésurveillance.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'articulation du maintien à domicile avec l'accueil des personnes âgées en établissement, le département se fixe pour objectif d'éviter la rupture entre le domicile et l'établissement par la construction « d'un parcours de vie » avec l'ensemble des acteurs du réseau gérontologique, en développant l'offre des accueils de jour, les foyers logements, l'accompagnement en établissement par l'auxiliaire de vie du SAAD.

Le maintien à domicile des personnes âgées continue donc à être une priorité départementale affichée, même si, compte tenu de l'approche transversale choisie par le département, les actions à destination de cette catégorie d'utilisateurs peuvent apparaître moins opérationnelles que dans le précédent schéma.

Les actions du SDOSMS 2013-2017 sont en cours de mise en œuvre et n'ont pas encore fait l'objet d'une évaluation par le département du Doubs.

2.4. Son adéquation avec à la stratégie des autres acteurs (ARS)

S'agissant du volet « personnes âgées », le SDOSMS est en phase avec le SROSMS (schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale) / PRS (programme régional de santé) 2012-2016.

Le SDOSMS 2013-2017 fait référence aux grandes orientations du programme régional de santé 2012-2016 : développement de l'accueil de jour itinérant dans les zones rurales, jugé comme une orientation prioritaire, soutien à domicile des aidants par des équipes spécialisées Alzheimer (ESA), amélioration des filières de prise en charge des patients dont les personnes âgées, attention particulière à l'accès aux soins pour les personnes vulnérables.

Le SDOSMS répond en outre aux priorités du programme régional de santé pour le volet « personnes âgées » :

- garantir la continuité de la prise en charge des soins (SSIAD, lien SAAD et SSIAD)
- former les professionnels du soin à domicile à repérer les signes précurseurs de dépendance et des situations à risques ;
- développer les démarches qualité à domicile (lieux d'échange, formation, vigilance maltraitance) ;
- poursuivre l'organisation des sorties d'hospitalisation des personnes âgées (faciliter les sorties anticipées, améliorer les conditions de retour à domicile) ;
- mettre en évidence les dispositifs d'aide aux aidants existants et renforcer leur visibilité selon les besoins des utilisateurs (comme les CLIC) ;
- construire les coordinations et programmations nécessaires au développement et à la diversification des formules de répit pour les aidants) ;
- promouvoir la santé au travail (programmes de prévention des risques professionnels).

2.5. Les moyens consacrés aux personnes âgées dépendantes

2.5.1. L'offre d'hébergement collectif

Dans le cadre de son projet « Doubs 2010 », le département a augmenté l'offre d'hébergement quel que soit le type d'accueil : 1 788 places entre 2005 et 2012, dont 387 places ouvertes dans 6 nouveaux établissements, 1 401 places restructurées dans 16 établissements.

Pour autant, les taux d'équipement du Doubs en structures d'hébergement complet pour personnes âgées restent inférieurs aux moyennes nationale et régionale (au 1^{er} janvier 2012).

Taux d'équipement au 1^{er} janvier 2012 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

Taux d'équipement	Doubs	Franche-Comté	France
En structures d'hébergement complet pour personnes âgées(*)	94,7	109,9	126,6
En lits médicalisés	76,8	89,7	103,3

(*) lits de maison de retraite, logements-foyers, hébergement temporaire et selon le cas, USLD

Source : Statistiques et indicateurs de la santé et du social de Franche-Comté ARS 2012

2.5.2. Les moyens financiers

Evolution des dépenses sociales de 2010 à 2013

	2010	2011	2012	2013	Evolution 2010 - 13
Dépenses sociales	248 554 727	253 775 548	264 954 406	277 888 276	12%
Dépenses APA et Personnes âgées	65 848 110	65 290 397	65 283 709	66 258 859	1%
Dépenses Personnes âgées	17 747 896	16 845 968	17 354 428	17 184 759	-3%
<i>Dont Frais de séjour en établissements pour personnes âgées (Aide sociale à l'hébergement)</i>	<i>16 121 643</i>	<i>15 529 443</i>	<i>15 757 410</i>	<i>15 897 443</i>	<i>-1%</i>
<i>Dont subvention aux CLICS</i>	<i>464 750</i>	<i>474 377</i>	<i>478 797</i>	<i>479 965</i>	<i>3%</i>
Dépenses APA	48 100 214	48 444 429	47 929 281	49 074 100	2%
<i>Dont APA à domicile</i>	<i>34 067 635</i>	<i>33 778 038</i>	<i>32 494 580</i>	<i>32 945 621</i>	<i>-3%</i>
<i>Dont APA en établissement</i>	<i>14 009 415</i>	<i>14 651 666</i>	<i>15 407 784</i>	<i>16 113 556</i>	<i>15%</i>
Bénéficiaires APA droits ouverts	9 742	10 109	10 082	10 435	7%
Dont à domicile	6 562	6 830	6 833	7 025	7%
Dont en établissement	3 180	3 279	3 429	3 410	7%
Dépense APA / bénéficiaire	4 937	4 792	4 754	4 703	-5%
Dont APA à domicile	5 192	4 946	4 756	4 690	-10%
Dont APA en établissement	4 405	4 468	4 493	4 725	7%

Source : Comptes administratifs du département du Doubs et enquête annuelle aide sociale DRESS chiffres au 31/12

Représentant un quart des dépenses sociales en fonctionnement, les dépenses relatives à la politique d'action sociale en direction des personnes âgées correspondent essentiellement :

- aux frais de séjour des personnes âgées en établissement (16 M€, financés par l'aide sociale à l'hébergement (ASH) qui peut se cumuler avec l'APA en établissement) ;
- et aux dépenses en matière de dépendance représentées par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), répartie entre APA à domicile (32 M€) et APA en établissement (16 M€).

Entre 2010 et 2013, les dépenses de fonctionnement dédiées aux personnes âgées sont quasi stables alors que les dépenses sociales augmentent de 12 %.

Le nombre total de bénéficiaires ainsi que les dépenses d'APA (à domicile et en établissement) augmentent, respectivement de 7 % et 2 % : cette hausse a pour origine les dépenses d'APA en établissement (2,1 M€), le versement de l'APA à domicile baissant pour sa part de 3 % (1,1 M€).

Au cours de la période, le coût moyen d'un bénéficiaire de l'APA à domicile a reculé au point de devenir inférieur en 2013 à celui d'un bénéficiaire de l'APA en établissement, en hausse sur la période.

A ces dépenses il convient d'ajouter les subventions à divers organismes intervenant au soutien de la politique du département à destination des personnes âgées dépendantes : les associations supports des CLIC.

En investissement, le département avait choisi de créer un dispositif extra-légal lorsque les « Sites pour la vie autonome », dispositif d'Etat qui permettait d'accorder des aides financières aux personnes handicapées et qui, dans le Doubs, avait été étendu aux personnes âgées en perte d'autonomie, ont été intégrés aux Maisons départementales des personnes handicapées.

Pour que les personnes âgées dépendantes ne relevant pas d'une situation de handicap puissent continuer à bénéficier de ce type d'aide, le département a créé un fonds spécifique doté de 350 K€ en 2010. Le nouveau dispositif, dénommé « Vie autonome » sollicite également des financeurs extérieurs (Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat, Caisse primaire d'assurance maladie, Caisses de retraite, Office national des anciens combattants...).

L'assemblée départementale a centré le dispositif sur le logement, les aides octroyées portant principalement sur l'adaptation du logement (sanitaires, monte-escaliers, motorisation de volets...), du véhicule, et le financement de demandes d'aides techniques (sièges de bain, barres d'appui, déambulateurs, appareils basse vision, prothèses auditives...). L'aide est ainsi réservée aux bénéficiaires de l'APA - GIR 1 à 4 - âgés de 65 ans et plus. En 2011, le dispositif a été complété par une aide à la réduction de la précarité énergétique (50 K€ de plus).

Aides individuelles à l'habitat accordées de 2011 à 2013

Dispositif Vie Autonome	2011	2012	2013	Total 2011- 2013
Montant subvention	74 366	95 529	109 539	279 434
Nombre de logements	34	51	68	153
Subvention / logement	2 187	1 873	1 611	1 826

Source : département du Doubs

Comme le changement d'habitat constitue également une solution complémentaire et /ou alternative à l'adaptation du logement, le dispositif « Vie autonome » est intégré à la politique départementale du logement comme outil de parcours résidentiel des personnes âgées (objectif fixé dans le projet Doubs 2017).

Les dépenses en investissement du département en direction des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) n'ont en revanche pas été examinées par la Chambre.

2.6. La coordination gérontologique

2.6.1. Les Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC)

Chargé de la coordination l'action sociale en faveur des personnes âgées, le département peut s'appuyer « ...notamment sur les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)... », structures créées par l'Etat en 2000 (circulaires ministérielles des 6 juin 2000 et 18 mai 2001) et transférées aux départements par la loi de décentralisation de 2004.

Services sociaux et médico-sociaux autorisés par le président du conseil général, les CLIC sont des instances de coordination de proximité destinées à répondre aux besoins de la personne âgée dépendante en réunissant autour d'elle l'information, les moyens et surtout les services lui permettant de rester à domicile.

Jusqu'à la fin 2004, la délivrance d'un label prévu par la circulaire n°2000-310 du 6 juin 2000 valait reconnaissance du rôle fonctionnel de la structure considérée et de la qualité des services rendus ; ce label comprenait trois niveaux, fonction de l'étendue des missions et des services offerts. Bien que supprimés par la loi du 13 août 2004, ces niveaux de labellisation subsistent en pratique :

- « Label niveau 1 : accueillir, écouter, informer, conseiller et soutenir les familles, orienter vers le dispositif d'offre de service approprié ;
- Label niveau 2 : il prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide ;
- Label niveau 3 : Il prolonge le niveau 2 par les missions de mise en œuvre de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé, en lien avec les intervenants extérieurs, coordonne les différentes actions avec les établissements sanitaires et médico sociaux. Le partenariat avec les établissements précités est formalisé par convention. A terme, c'est à ce niveau de labellisation que doivent tendre tous les CLIC. »

Le SDOSMS 2008-2012 avait retenu parmi ses orientations la mise en place de coordinations interinstitutionnelles afin d'assurer la cohérence des interventions destinées aux personnes âgées : 4 CLIC ont été autorisés par le président du conseil général dont la gestion est confiée par convention à des organismes publics ou associations, soit respectivement :

- au CCAS de Besançon, le CLIC de Besançon dénommé « Maison des Seniors » de la ville de Besançon ;
- au centre Hospitalier de Pontarlier, le CLIC du pays du Haut Doubs ;
- à l'association « La coordination de gérontologie du Pays de Montbéliard » le CLIC « du Pays de Montbéliard », situé à Montbéliard ;
- à l'association centrale de coordination médico-sociale de la circonscription de l'hôpital local de Baume-les-Dames », le CLIC « du Pays Doubs Central » dénommé « Espace Senior » situé à Baume-les-Dames.

Autorisé en 2005, le CLIC du Pays Doubs Central à Baume-les-Dames a été le premier CLIC labellisé niveau 3 par le préfet du Doubs.

Les conventions signées en 2009 par le président du conseil général ne font plus état officiellement des niveaux de labellisation. Chaque convention prévoit en annexe les modalités de collaboration⁸ CLIC / pôle handicap-dépendance (PHD), avec lequel est instaurée une relation d'échanges mutuels d'informations et une coordination des actions en faveur des personnes âgées, même si le CLIC reste la structure principale d'accueil et d'information aux usagers.

⁸ Article L. 113-2 du CASF « Le département veille à la cohérence des actions respectives des centres locaux d'information et de coordination, des équipes médico-sociales qui élaborent les plans d'aide de l'APA et des établissements et 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. »

Selon les conventions⁹, « les CLIC interviennent dans le cadre de la mise en place des plans d'aide mais également en cas de suspicion de vulnérabilité ; dans ce dernier cas, il peut y avoir implication des deux structures pour définir des actions définies au cas par cas pour chaque situation individuelle ».

Présentation des CLIC : structures porteuses, couverture géographique, dates et durées des conventions, personnels en ETP et niveau de subvention reçues du département du Doubs

CLIC (structures porteuses)	Couverture géographique	Date et durée convention	ETP	Subvention Département (part dans les RRF ¹⁰)
Besançon (CCAS)	commune de Besançon	1 ^{er} mai 2009 (15 ans)	9,5 (dont 6 travailleurs sociaux)	130 000 € (98 %)
Pays de Montbéliard (Association coordination de gérontologie du pays de Montbéliard)	cantons de Valentigney, Audincourt, Etupes, Hérimoncourt, Montbéliard Est, Montbéliard Ouest, Pont de Roide, Sochaux-Grand-Charmont,	1 ^{er} janvier 2009 (15 ans)	2,5	140 600 € (98%)
Pays du Haut Doubs (CH Pontarlier)	cantons de, Levier, Montbenoît, Mouthe et Pontarlier	1 ^{er} janvier 2009 (15 ans)	2,5 (dt1 travailleur social)	102 239 € (67 %)
Pays Doubs Central (Association Centrale coordination Médico-sociale de Baume-les-Dames)	cantons de : Baume les Dames, Clerval, l'Isle sur le Doubs, Rougemont, Roulans	1 ^{er} janvier 2009 (11 ans)	8,5 (5 personnels médicaux)	107 726 € (100 %)

Source : Conventions de labellisation des CLIC 1^{er} janvier et 1^{er} mai 2009, rapports d'activité de chacun des CLIC 2010-2013 communiqués par le département du Doubs.

Alors que le SDOSMS 2008-2012 prévoyait un maillage complet du département par sept CLIC¹¹, une bande centrale d'ouest en est, représentant une douzaine de cantons, n'est pas couverte. Aujourd'hui seules 252 communes sur les 594 communes que compte le département sont couvertes par les CLIC, soit 42% du territoire et 2/3 des habitants (353 000 habitants sur 529 000 en 2011¹²).

Dans le cadre du SDOSMS 2013-2017, le département prévoit d'articuler les CLIC à la maison départementale de l'autonomie, qui sera créée en 2015 et d'étendre le territoire d'action des 4 CLIC actuels en vue d'une couverture totale du département.

⁹ Paragraphe 4 de l'annexe relative à la collaboration CLIC/PHD annexée à chaque convention de labellisation des CLIC.

¹⁰ Recettes réelles de fonctionnement en 2013 selon les rapports d'activités

¹¹ « à terme, l'ensemble du territoire départemental devrait disposer de sept CLIC, achevant ainsi la couverture de l'ensemble du territoire départemental, un pour le pays horloger et le Pays des portes du Haut Doubs, un pour le Pays Loue-Lison, un pour la couronne de Besançon par extension du territoire d'intervention du CLIC bisontin » (pages 66 et 67 du SDOSM 2008 - 2012)

¹² Selon le rapport commission permanente du 13 mai 2013 sur le fonctionnement des CLIC et l'attribution de subvention 2013

Evolution de l'activité annuelle (nombre de demandes) de chaque CLIC de 2010 à 2013 et de la subvention versée par le département

CLIC	2010	2011	2012	2013	Evol. 2010 2013	Evolution 2010 - 2013 Subvention départementale
Besançon	3153	3052	4087	4156	32%	0%
Pays de Montbéliard	1025	1224	1135	1460	42%	3%
Pays du Haut-Doubs	1038	1255	1400	1401	35%	4%
Pays du Doubs central	NR	527	973	1102	109%	8%

Source : rapports annuels d'activités des CLIC communiqués par le département du Doubs et comptes administratifs du département du Doubs.

Les CLIC développent leur activité entre 2010 et 2013, notamment celui du pays du Doubs central dans lequel le nombre de demandes traitées double entre 2011 et 2013.

A partir des rapports annuels d'activités des CLIC¹³, la chambre a réalisé une classification des demandes traitées par les CLIC en 2013 (cf. tableau en annexe 2).

C'est le CLIC de Besançon qui traite le plus de demandes rapportées à la population des plus de 60 ans, en raison de son adossement au CCAS de Besançon et de son implantation : située en centre-ville, la maison des seniors propose d'autres services et informations qui représentent la moitié de son activité (vente de timbres bus, organisation de colloques etc.). Il emploie le plus de salariés avec 10 agents dont 6 travailleurs sociaux à temps plein qui collaborent notamment avec le réseau gérontologique¹⁴ pour les personnes âgées victimes de polyopathologies.

Le CLIC du Pays de Montbéliard, qui ne compte comme celui de Pontarlier que 2,5 employés, intervient essentiellement en matière de vie à domicile, d'information et d'accès aux droits.

Par rapport à ces deux CLIC urbains, les deux autres CLIC situés à Pontarlier et Baume-les-Dames se sont spécialisés :

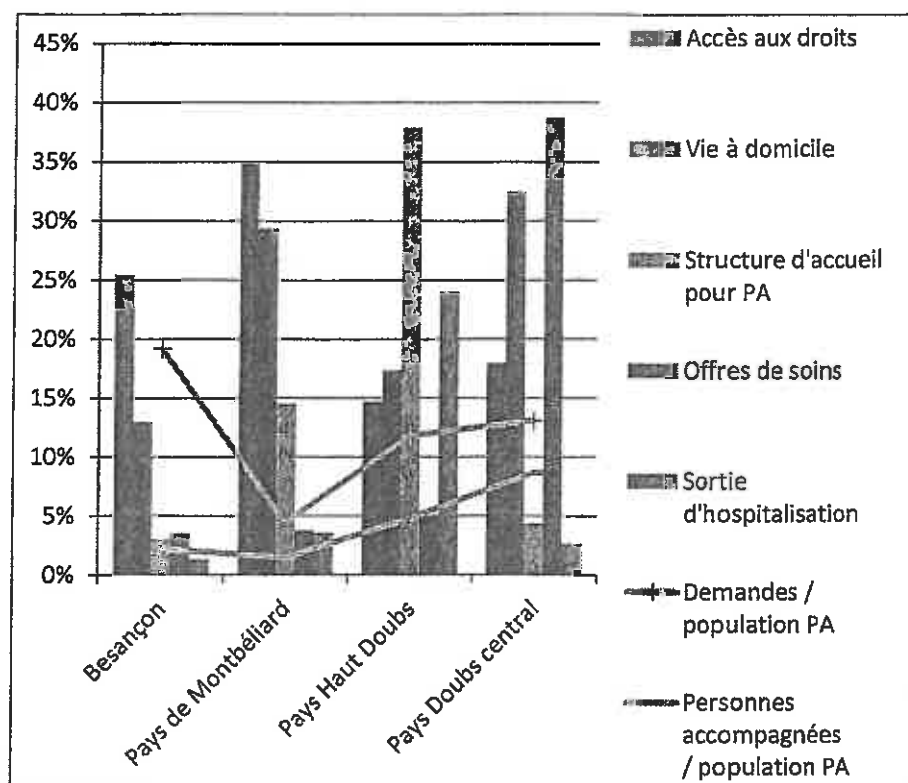
- dans l'offre de soins pour le CLIC du pays du Doubs central¹⁵ porté par l'association centrale de coordination médico-sociale de Baume-les-Dames dénommée 'Espace Senior', agréé en réseau gérontologique en 2000 ; il emploie 10 salariés dont plusieurs personnels médicaux (infirmière, ergothérapeute, psychologues) ;
- dans les sorties d'hospitalisation et l'orientation vers les structures d'accueil pour le CLIC du Pays du Haut-Doubs, géré par le centre hospitalier de Pontarlier dont il fait partie et situé à proximité de l'EHPAD du Larmont, avec lequel il a signé une convention.

¹³ Elaborés selon un modèle type tiré d'un même logiciel national (selon le rapport d'activités 2013 du CLIC du Pays de Montbéliard)

¹⁴ Le réseau gérontologique de Besançon (RGB) intervient sur le territoire de Besançon, pour les personnes de 75 ans et plus, domiciliées à Besançon, en situation de fragilité, après accord de leur médecin traitant. Le RGB promeut une prise en charge globale du patient en resserrant les liens entre le médical et le social. Le RGB assure également la coordination des professionnels du domicile. Le réseau est aussi sollicité par les services hospitaliers pour des patients sortant d'hospitalisation (selon la lettre réseau « Gérontobisontin » de 2009).

¹⁵ Premier CLIC du Doubs à avoir été classé en niveau 3 en novembre 2001

Ces deux CLIC positionnés sur une offre plus spécialisée de services sont ceux qui traitent le plus de demandes¹⁶ et suivent surtout les proportions les plus élevées de personnes âgées rapportées à cette population (plus de 5 %).



Source : CRC à partir des rapports annuels d'activités des CLIC communiqués par le département du Doubs

2.6.2. La coordination gériatrique renouvelée par la future maison de l'autonomie

Le SDOSMS 2008-2012 prévoyait de « mieux organiser l'interface entre le social, le sanitaire et le médico-social par la coordination de chaque CLIC avec le réseau de santé gériatrique de son territoire, outil similaire au CLIC dans le champ sanitaire ».

Le bilan du SDOSMS 2008 -2012 note que « la formalisation des partenariats avec les réseaux de santé gériatriques est effective avec 3 des CLIC du département ainsi qu'avec le CHU de Besançon, les pôles handicap dépendance et les espaces médicaux sociaux (EMS) bisontins ».

Trois des quatre structures porteuses de CLIC se sont en effet engagées dans des réseaux gériatriques : l'espace senior et le CCAS de Besançon tandis que le CLIC du pays du Haut-Doubs a noué un partenariat avec l'équipe mobile de gériatrie du centre hospitalier de Pontarlier qui permet, selon le rapport d'activités 2013, une prise en charge globale sociale et médico-sociale des personnes âgées en perte d'autonomie.

Au-delà des réseaux gériatriques articulés avec les CLIC, de nouveaux dispositifs de prise en charge des personnes âgées se sont récemment développés : maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), association du réseau de santé de proximité et d'appui (ARESPA), et les « parcours de santé », expérimentations promues par l'ARS.

¹⁶ Hors Besançon, dont la moitié des demandes traitées concernent d'autres activités

Une structure porteuse de CLIC y participe : la coordination de gérontologie du Pays de Montbéliard a mis en œuvre deux nouveaux dispositifs en 2013 selon son rapport d'activités 2013 : la MAIA (maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer) - Aire urbaine - Villersexel et l'expérimentation « parcours santé » des personnes âgées.

Plus récemment, le département a décidé dans le cadre du SDOSMS 2013-2017 de créer une maison départementale de l'autonomie¹⁷ regroupant les actions en faveur des personnes âgées en situation de perte d'autonomie et des personnes handicapées ; elle comprendra des antennes territorialisées dans un souci de proximité et a vocation à coordonner l'ensemble des actions et des partenaires.

Selon les comptes rendus des comités de pilotage, les enjeux sont notamment pour le département :

- de « *permettre un traitement optimisé des droits des usagers, en rapprochant les différents services d'accueil, d'évaluation médico-sociale, d'instruction, de tarification et de prestations* »,
- et de « *fédérer les différents acteurs : les trois pôles handicap-dépendance (PHD) du Conseil général qui deviendront trois antennes de la maison départementale de l'autonomie, le GIP-MDPH, les services de tarification et de prestation, les quatre CLIC départementaux qui devront jouer, en lien avec les centres médicaux sociaux un rôle d'accueil, d'information et de primo-accompagnement des usagers vers la maison de l'autonomie.* »

Dans le cadre du projet de la maison départementale de l'autonomie du Doubs, le département du Doubs et la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) Bourgogne Franche-Comté ont signé en février 2014 une convention de mutualisation de leurs moyens respectifs « *afin de mieux repérer, de prévenir et de limiter ensuite la perte d'autonomie des personnes âgées à leur domicile* ».

Parallèlement, le département a signé avec le GIE IMPA¹⁸ (rassemblant les 3 caisses de retraites CARSAT, régime social des indépendants (RSI) et mutualité sociale agricole (MSA)) une convention de coopération qui pose notamment le principe de reconnaissance mutuelle des évaluations du GIR entre le département et le GIE IMPA.

Déjà en 2001, dans le cahier des charges du dossier de labellisation des CLIC, les problèmes d'articulation avec les dispositifs existants étaient clairement identifiés¹⁹. Ce constat reste aujourd'hui valable : le département devra veiller à ce que la maison de l'autonomie assume pleinement son rôle fédérateur, ce qui ne va pas sans poser la question du maintien des CLIC, tout en préservant les offres de services spécifiques comme celles proposées par les CLIC du Pays du Doubs central et du Pays du Haut-Doubs.

¹⁷ Dans la fiche action n°2 du SDOSMS, relative à la création de cette maison départementale de l'autonomie, le département se fixe pour objectifs notamment de faciliter les démarches de personnes en perte d'autonomie, d'améliorer les dispositifs d'accueil et d'accompagnement et de rassembler dans les mêmes locaux les services œuvrant dans les acteurs médico-sociaux du handicap et de la gérontologie et les partenaires souhaitant s'inscrire dans la démarche.

¹⁸ le Groupement d'Intérêt Economique (GIE) IMPA ("Ingénierie Maintien à domicile des Personnes Agées") constitué le 26 décembre 2006.

¹⁹ « *La multiplication des acteurs et la dissémination des circuits décisionnels, dans un paysage local où cohabitent et se juxtaposent des dispositifs susceptibles de faire écho aux CLIC nécessite de clarifier leur articulation avec ces différents dispositifs afin de ne pas aboutir à des organisations étanches, cloisonnées ou faisant doublon, mais de construire une véritable interaction entre elles* »

3. LE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES

3.1. L'APA à domicile

Le département finance et gère l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cette allocation universelle mise en place par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 est versée « à toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental ». L'APA « est destinée aux personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière » et doit permettre « une prise en charge adaptée à ses besoins » (article L.232-1 du CASF).

En 2013, deux tiers des bénéficiaires de l'APA résident à domicile contre 59 % au niveau national (source CNSA) (13ème rang national métropolitain).

	2010	2011	2012	2013	évolution
Domicile	6 562	6 830	6 833	7 025	7,1%
Etablissement	3 180	3 279	3 429	3 410	7,2%
Part à domicile	67,4%	67,6%	66,6%	67,3%	
Part en établissement	32,6%	32,4%	33,4%	32,7%	
Total	9 742	10 109	10 262	10 435	7,1%

Source : département du Doubs

En terme de degré de dépendance, 18,7 % des bénéficiaires étaient classés en GIR 1 et 2 en 2012 contre 19,7 % en moyenne nationale²⁰.

En terme de répartition géographique, il ressort de l'état des lieux arrêté au 31 décembre 2011 du SDOSMS 2013 - 2017 que le territoire couvert par le pôle handicap / dépendance de Besançon accueille près de 40 % des bénéficiaires de l'APA à domicile du département ; en revanche, c'est sur le territoire d'intervention du pôle de Pontarlier (Larmont et Pontarlier) que la proportion de bénéficiaires de l'APA à domicile parmi les personnes âgées de plus de 75 ans est la plus élevée (194 pour mille).

3.2. Les différents modes d'intervention de l'aide à domicile financés par l'APA

Le bénéficiaire de l'APA peut choisir d'employer et de rémunérer directement une ou plusieurs personnes intervenant à son domicile²¹ : il est lui-même employeur et doit se conformer aux dispositions prévues par le droit du travail et la convention collective nationale des salariés du particulier employeur. C'est le mode gré-à-gré.

Tout en restant l'employeur de la personne qui travaille à son domicile, le bénéficiaire de l'APA peut également recourir à un service mandataire qui assure pour son compte toutes les formalités administratives (recrutement, contrat de travail, établissement du bulletin de salaire, déclaration à l'URSSAF...).

Enfin, le bénéficiaire de l'APA peut également faire appel à des services à domicile proposés par des organismes spécialisés prestataires.

²⁰ Source : DREES, Enquête bénéficiaires de l'aide sociale départementale / Part des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile classés en GIR 1 ou 2, au 31/12/2012

²¹ à l'exception de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité

3.3. Les SAAD, organismes prestataires

Les services d'aide à domicile (SAAD) mettent à la disposition du bénéficiaire de l'APA une ou plusieurs personnes qui interviennent à son domicile. Ils fournissent une prestation de service qui donne lieu à une facturation au département (pour les GIR 1 à 4²²) qui, en contrepartie, verse directement l'APA au prestataire, l'utilisateur s'acquittant quant à lui auprès du SAAD d'une participation calculée selon des modalités prévues par le CASF.

Les personnes qui interviennent au domicile de l'utilisateur sont salariées de l'organisme, qui assure toutes les obligations et les responsabilités d'un employeur. Le SAAD garantit la continuité du service par un remplacement en cas d'absence pour congés ou maladie.

Historiquement portés et structurés par le secteur associatif, financé par les politiques d'aide sociale, les SAAD sont inclus dans le champ médico-social depuis la loi de 2002²³ rénovant l'action sociale et médico-sociale qui a eu, entre autres, pour objectif de professionnaliser le secteur et d'améliorer la qualité de la prise en charge des bénéficiaires.

Depuis l'ordonnance de 2005²⁴ les organismes prestataires doivent bénéficier d'un agrément qualité²⁵ : le code du travail (article L. 7232-5²⁶) comme le CASF posent tous les deux les principes d'une équivalence entre les exigences de qualité applicable aux services d'aide à domicile. Leur création, transformation et extension relèvent de deux régimes juridiques distincts : soit du régime de l'autorisation²⁷ prévue par l'article L. 313-2-1 du CASF (introduite par la loi de 2002), soit de celui de l'agrément²⁸ prévu à l'article L. 7232-1 du code du travail. Les services prestataires peuvent opter pour l'un ou l'autre de ces deux régimes.

Comme le rappelle le rapport de l'IGAS de juillet 2009 « Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées », l'aide à domicile relève de « deux dispositifs dont la logique est très différente : l'un vise à favoriser l'emploi dans les services d'aide à la personne, répondant à un objectif quantitatif et régi par une logique concurrentielle et l'autre à favoriser le maintien à domicile par un service de type social et médico-social. »

3.4. Les règles de tarification

Les règles qui découlent du CASF sont complexes et varient selon le régime juridique auquel est soumis le service d'aide à domicile (autorisé ou agréé) et en fonction du mode d'intervention auprès du bénéficiaire (gré à gré, mandataire, ou prestataire).

²² Et par la CARSAT pour les GIR 5 à 6.

²³ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

²⁴ Ordonnance n° 2005-1477 du 1er décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux

²⁵ Article L.7232-1 « Toute personne morale ou entreprise individuelle qui exerce les activités de service à la personne mentionnées ci-dessous est soumise à agrément délivré par l'autorité compétente suivant des critères de qualité »

²⁶ « L'exigence de qualité nécessaire à l'intervention de toute personnes morale ou entreprise individuelles mentionnés aux articles L. 7232-1 et L.7232-1-2 est équivalente à celle requise pour les mêmes publics par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale)

²⁷ L'autorisation est délivrée par le président du Conseil général pour une durée de 15 ans au terme d'une procédure d'appels à projets, comme pour l'ensemble du secteur social et médico-social, depuis la loi Hôpital Santé Patient Territoires (HPST) de 2009.

²⁸ L'agrément est accordé par le Préfet (via la DIRRECTE) pour une durée de 5 ans, après avis du Conseil général

Les services d'aide à domicile autorisés (qui interviennent en mode prestataire) font l'objet de tarifs horaires²⁹ fixés par le président du Conseil général de leur département d'implantation. Ce tarif dit autorisé, est en théorie l'addition de plusieurs tarifs. Il est déterminé après négociation budgétaire avec les services d'aide à domicile et prend en compte, outre les rémunérations des intervenants, les frais de structure du service (y compris les résultats des exercices antérieurs).

Par ailleurs, le CASF prévoit que le montant maximum du plan d'aide dont bénéficient les allocataires est fixé par un tarif national en fonction du degré de perte d'autonomie déterminé à l'aide de la grille AGGIR³⁰.

L'allocation personnalisée d'autonomie versée au service est égale au montant de la fraction du plan d'aide que le bénéficiaire utilise, calculée en appliquant le tarif autorisé par le département, diminuée d'une participation éventuelle laissée à sa charge (le « ticket modérateur ») qui est déterminée en fonction de ses ressources.

Les services agréés

Qu'ils interviennent en qualité de prestataires ou de mandataires, le président du Conseil général n'a pas de pouvoir direct de tarification sur ces services, seul le tarif national que constitue le plafond du plan d'aide s'appliquant. Toutefois, les départements fixent en général un tarif horaire dit de référence qui sert de base au chiffrage du plan d'aide. Ils se réfèrent soit au tarif fixé par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) (20,10 € depuis le 1^{er} janvier 2015) soit à celui fixé par la CNSA (Caisse nationale de solidarité et d'autonomie) pour la PCH (17,77 € depuis le 1^{er} janvier 2015).

3.5. L'application de ces règles par le département du Doubs

- Aux services agréés

L'APA est versée aux services agréés sous forme de dotation dont le montant est fixé par convention en accord avec le prestataire. La dotation, révisée chaque année par avenant, est calculée en fonction de l'activité de l'année précédente et du taux horaire de référence. Elle est versée par acomptes mensuels. La première convention a été validée le 22 février 2005 par le département et signée par chacun des prestataires intéressés.

- Aux services autorisés

Le département a choisi de fixer depuis 2005 un tarif moyen prenant en compte l'ensemble des charges du service. Jusqu'en 2010, il a pris en charge l'intégralité du coût horaire de l'aide à domicile utilisée (dans la limite du montant maximum du plan d'aide résultant du tarif national), hors participation financière du bénéficiaire telle qu'elle est fixée par le CASF.

La charge financée correspondait au tarif de référence fixé par le département, de 18,50 € au 1^{er} février 2010, auquel s'ajoutait la différence entre ce tarif et le tarif autorisé pratiqué par le prestataire, cette participation complémentaire étant versée directement au service.

²⁹ Articles R.314-130 et suivants du CASF

³⁰ 1 312,67 €/mois pour le GIR 1 ; 1 125,14 €/mois pour le GIR 2 ; 843,86 €/mois pour le GIR 3 et 562,57 €/mois pour le GIR 4.

L'APA était versée au SAAD par acomptes mensuels sur la base du tarif autorisé, une régularisation intervenant à la fin de chaque trimestre en fonction du montant des prestations facturées³¹ (cf. délibération du 22 février 2005).

La facturation reposait sur les déclarations des prestataires, le contrôle d'effectivité étant réalisé a posteriori. Ces modalités de versement de l'aide du département présentaient l'avantage pour les SAAD d'être en partie déconnectées de l'activité réelle et donc d'en amortir les variations, comme celles liées aux périodes de vacances, et d'éviter en termes de gestion des opérations de régularisation a posteriori.

Au terme de plusieurs années de mise en œuvre de ce dispositif, le département a fait le constat de son caractère inflationniste : en effet, le département couvrant systématiquement le différentiel, les prestataires n'étaient pas incités à maîtriser leurs coûts, cette dérive étant facilitée par la reprise systématique des résultats déficitaires des exercices antérieurs dans les frais de structure, ceux-ci entrant dans la composition du tarif autorisé par le département (dispositif prévu par le CASF).

APA versée SAAD autorisés	2007	2008	2009	2010	Evolution
	16 103 341	18 518 740	21 039 451	22 041 334	36,87%

Source : département du Doubs

Confronté à la charge croissante des dépenses d'APA, le département a revu en 2010 son système de tarification. La prise en charge systématique du différentiel entre tarif de référence et tarif autorisé a été abandonnée au profit d'une tarification différenciée, à la fois en fonction des ressources de l'allocataire et de son degré de dépendance³².

Toutefois, le département a rapidement été confronté aux limites de ce nouveau système : en premier lieu, le reste à charge de certains allocataires (les moins dépendants et/ou les moins modestes) a augmenté, conduisant certains d'entre eux à compenser cette hausse par une diminution de la fraction du plan d'aide utilisé ce qui a pu, selon le département, entraîner une dégradation rapide du ratio d'effectivité (heures utilisées/plan d'aide).

³¹ Avant l'APA était versée sur la base des prestations prévues au plan d'aide, entraînant le paiement d'heures non réalisées.

³² La participation complémentaire n'était plus allouée qu'aux bénéficiaires classés en GIR 1 et 2 dont les revenus mensuels étaient inférieurs à la majoration pour aide constante d'une tierce personne mentionnée à l'article L. 355-1 du code de la sécurité sociale (soit 1 029 € pour une personne seule et 1 750 € pour un couple) et aux bénéficiaires classés en GIR 3 et 4 dont les revenus mensuels étaient inférieurs à 0,67 de ce même montant. Il était prévu qu'elle s'applique aux seules personnes entrant dans le dispositif APA, ainsi qu'aux bénéficiaires dont le plan d'aide était modifié ou révisé postérieurement à l'entrée en vigueur de ces nouvelles règles. Cette participation continuait d'être versée aux services prestataires.

Activité services autorisés (Heures réalisées)	2007	2008	2009	2010	2011
ELIAD	242 612,25	266 793,25	290 804,89	279 270,00	275 142,00
ADMR	401 050,75	438 135,91	455 881,50	468 330,00	448 964,00
AFPAD	90 961,56	104 946,50	112 061,00	100 000,00	95 394,00
SOLICITES (ex-AAPA)	65 513,25	76 003,55	78 237,75	80 100,00	77 560,00
AFL	16 136,34	17 005,85	17 718,70	19 400,00	17 416,00
APASAAD	64 863,70	78 888,78	91 637,80	90 900,00	90 532,00
CCAS BESANCON	64 245,55	67 984,48	69 409,25	70 500,00	69 276,00
CCAS MONTBELIARD	21 668,90	26 591,00	30 267,65	41 000,00	44 796,00
CCAS PONT DE ROIDE	9 715,75	8 700,25	11 020,00	11 500,00	12 000,00
Total	976 768	1 085 050	1 157 039	1 161 000	1 131 080
évolution annuelle		11,1%	6,6%	0,3%	-2,6%

Source : département du Doubs

Si le taux moyen d'effectivité communiqué par le département montre une progression régulière entre 2007 et 2010 (de 71 à 79 %), il est en revanche confirmé que l'activité des services prestataires a effectivement diminué entre 2010 et 2011³³. Cette baisse d'activité dégradant le ratio charges fixes/APA, certains services ont vu leur structure financière fragilisée, ce qui pouvait conduire à terme à une offre de services réduite et une moins bonne couverture du territoire.

S'appuyant sur les travaux conduits au niveau national par l'ADF, notamment dans le cadre de la réforme de la dépendance et du débat national³⁴ lancé en 2011, le département du Doubs s'est engagé dans une refonte complète du financement du maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, passant d'un système guichet à un système forfaitaire et contractuel.

³³ A l'exception des CCAS de Montbéliard et Pont-de-Roide, seuls services dont l'activité a continué à augmenter en 2010 et 2011, car ils avaient à cette époque un tarif réel inférieur ou égal au tarif de référence et n'ont par conséquent pas été impactés par le dispositif mis en place en 2010.

³⁴ Réforme abandonnée début 2012 puis relancée en 2013 avec le projet de loi

4. L'EXPERIMENTATION DU CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS POUR LES SERVICES AUTORISES

Par délibération du 20 juin 2011, le département du Doubs a décidé de conclure avec les SAAD autorisés des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) valant mandatement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

4.1. Le cadre du CPOM : principes juridiques et mise en œuvre

L'expérience lancée par la délibération du 20 juin 2011 s'inscrit dans la continuité de la réflexion engagée par l'Association des départements de France, avec le collectif de l'aide à domicile³⁵, sur la réforme du financement et de la tarification du service de l'aide à domicile pour les personnes âgées dépendantes comme pour les personnes handicapées.

Au terme de cette réflexion³⁶, l'ADF et le collectif ont fait le constat partagé que « le système actuel repose sur un modèle qui n'est plus économiquement et socialement viable », en raison notamment de :

- « un pilotage départemental complexe : coexistence d'un système d'agrément et d'autorisation, ce dernier étant incomplet notamment en l'absence de lien entre autorisation et tarification ;
- [...] des coûts de fonctionnement des services impactés par les modalités des plans d'aide, notamment lorsqu'ils sont morcelés ;
- l'iniquité d'accès à l'aide des bénéficiaires ;
- l'écrêtement des plans d'aide compte tenu des niveaux de participation financière des bénéficiaires ayant une forte perte d'autonomie ;
- l'annualité budgétaire inappropriée pour gérer les ressources humaines des services, prendre en compte les besoins des personnes et de l'entourage, développer des réponses innovantes et optimiser les coûts administratifs ;
- des déficits structurels ;
- l'écart important entre les plans d'aide « théoriques » et les plans d'aide « réalisés »..

Estimant le système actuel de la tarification « à bout de souffle », « trop complexe et injuste », l'ADF a proposé de réformer le financement des SAAD selon les grands axes suivants :

- « rénover l'autorisation accordée par le président du conseil général et instaurer un mandatement, afin de relever, en application de droit communautaire, des services sociaux d'intérêt général (SSiG) ;
- passer d'une régulation tutélaire annuelle lourde et bureaucratique à une régulation contractualisée pluriannuelle dans le cadre de l'économie sociale et solidaire ;
- rechercher en permanence les bons équilibres entre les contraintes financières des conseils généraux et les obligations sociales des SAAD à l'égard des salariés et de leurs usagers ;
- garantir l'accès et la qualité des prestations pour les usagers ;
- faire reconnaître dans le cadre du schéma régional de la prévention, les SAAD comme l'une des pièces maîtresses en matière de politique de prévention médico-sociale. »

³⁵ Les 14 organisations du Collectif de l'Aide à Domicile sont : ADESSA A DOMICILE, AD-PA, Aînés Ruraux, APF, CFPSAA, Croix-Rouge Française, FNAAFP-CSP, FNADEPA, FNAQPA, FNAPAEF, Mutualité Française, UNA, UNCASS, Uniopts.

³⁶ Convention de partenariat signée le 21 septembre 2011

A l'instar d'autres départements (Ain, Côtes d'Armor et Pas-de-Calais), le département du Doubs « a souhaité se positionner en qualité de préfigurateur de la réforme de la tarification des SAAD »³⁷.

Le département a travaillé dès 2010 sur la base des principes définis par l'ADF. Après les avoir testés à partir de premières discussions avec plusieurs structures partenaires implantées sur le secteur de Besançon, le département a élaboré le futur dispositif de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en concertation avec les 9 associations autorisées d'aide à domicile du Doubs

Le CPOM est construit autour de 3 grands principes :

- « L'affirmation de l'existence d'un service d'intérêt général par le biais du mandatement ;
- Une adaptabilité renforcée aux besoins de l'usager, s'appuyant sur une participation forfaitaire ;
- Une sécurisation des prestations dans le cadre d'une enveloppe contrainte ».

Avec la mise en œuvre du CPOM, le système de tarification à la prestation (prise en charge de l'intégralité du coût horaire de l'aide à domicile utilisée) disparaît au profit d'une dotation unique forfaitaire versée en contrepartie du service rendu et assortie de la réalisation d'objectifs fixés aux prestataires tels que :

- la couverture du territoire départemental (prise en compte des spécificités de déplacement) ;
- la prise en charge des personnes en forte perte d'autonomie ;
- la qualification du personnel d'intervention et du personnel d'encadrement.

4.1.1. Une mise en œuvre très rapide

Le 20 juin 2011, l'assemblée délibérante a approuvé à l'unanimité les « CPOM valant mandatement de l'APA aux services prestataires à domicile autorisés par le département » et autorisé le président à signer ces contrats, établis selon le contrat type joint à la délibération : les 9 conventions ont été signées le 22 juillet 2011 avec chaque service, pour une durée de 3 ans ; au terme du contrat, en juillet 2014, elles ont été reconduites par avenant pour une durée de 6 mois, soit jusqu'au 31 décembre 2014.

Selon la délibération du 20 juin 2011, le CPOM « pourra être ouvert ultérieurement à d'autres, dans le cadre d'appels à projets, en cas de besoins non couverts sur le territoire ». A ce jour, le département n'a pas utilisé de cette faculté.

Les CPOM sont entrés en vigueur dès le 1er juillet 2011 car le département souhaitait par une application rapide du nouveau dispositif mettre un terme à la baisse du nombre d'heures d'intervention observée depuis 2010. Il s'est appliqué en deux temps :

- aux premières demandes et à toutes les révisions après visite à domicile, dès le 1^{er} juillet 2011 ;
- à tous les bénéficiaires de l'APA faisant intervenir un prestataire signataire d'un CPOM qui ont basculé dans le nouveau dispositif le 1er octobre 2011.

Dans le cadre d'une démarche de « co-construction » qu'il revendique, le département a associé les 9 SAAD au pilotage et au suivi de l'expérimentation à deux niveaux :

- un comité de pilotage (réuni au moins une fois par an dans les faits) avec les élus et présidents des associations ;

³⁷ Rapport annexé à la délibération du 20 juin 2011

- un comité technique réunissant les techniciens (direction autonomie et délégation aux moyens / tarification), les responsables de pôle et des 9 services (réunions mensuelles à partir de l'automne 2011).

Du fait de son intervention en cours d'année, le CPOM a fait l'objet d'une importante action de communication à l'automne 2011 lorsque l'ensemble des bénéficiaires a basculé dans le nouveau dispositif.

La communication aux usagers s'est opérée par deux canaux : les services du département et les personnels des SAAD. Outre, la nouveauté du dispositif, la difficulté supplémentaire a consisté à expliquer un système déjà opérationnel.

Le président du conseil général a adressé un courrier type aux bénéficiaires de l'APA, accompagné d'une plaquette d'information qui a également servi de support à la visite à domicile des travailleurs médico-sociaux. Les intervenants des services à domicile, qui sont de fait les principaux vecteurs de la communication auprès des usagers, ont complété cette information générale en répondant directement aux bénéficiaires de l'APA.

Le département et les prestataires ont poursuivi cet effort de communication au-delà de la période d'introduction du CPOM³⁸.

4.1.2. *L'inscription du dispositif dans le cadre très large du CASF, moins précis que le droit européen du mandat*

La mise en œuvre rapide du nouveau système de tarification n'a pas permis au département du Doubs de s'inscrire formellement dans le cadre ouvert par l'article 150 la loi du 28 décembre 2011 de finances pour 2012 : ce texte prévoit en effet que « *Des expérimentations relatives aux modalités de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile (...) peuvent être menées à compter du 1er janvier 2012 pour une durée n'excédant pas trois ans* ». Un arrêté fixant le cahier des charges des modalités de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile et le contenu du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été publié au journal officiel du 21 septembre 2012, soit plus d'un an après le début de l'expérimentation menée par le département du Doubs.

Ainsi, l'expérimentation menée par le Doubs ne s'appuie que sur les dispositions, très générales, de l'article L.313-11 du CASF³⁹ qui prévoit que « *la ou les autorités chargées de l'autorisation* » ont la possibilité de conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux « *afin notamment de permettre la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont ils relèvent, la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service ou de la coopération des actions sociales et médico-sociales.* »

Le CASF précise que « *ces contrats fixent les obligations respectives des parties signataires et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis, sur une durée maximale de cinq ans notamment dans le cadre de la tarification.* »

L'expérimentation en matière de tarification menée par le département du Doubs dépasse largement le cadre fixé par le CASF.

³⁸ Le CR du 3ème Copil du 10 juillet 2012 soulignait la nécessité de poursuivre « *un travail de communication (...) En terme de compréhension, voire de changement de culture à destination des usagers comme des intervenants* ».

³⁹ Introduit par la loi de 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et modifié par l'ordonnance n° 2005-1477 du 1 décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux.

L'un des premiers objectifs affichés du nouveau dispositif est la sécurisation de la relation financière entre le département et les organismes prestataires, au regard du droit communautaire : « *L'affirmation de l'existence d'un service d'intérêt général par le biais du mandatement* ».

Le département du Doubs s'appuie en préambule du CPOM⁴⁰ sur l'analyse du droit européen réalisée par l'ADF : les SAAD prestataires autorisés peuvent être considérés comme des services d'intérêt général qu'il est possible aux départements de mandater en tant qu'acteurs d'une politique publique de solidarité territoriale.

La notion de mandatement est visée dans la directive services qui exclut de son champ d'application « *les services sociaux relatifs au logement social, à l'aide à l'enfance et à l'aide aux familles et aux personnes se trouvant dans une situation de besoin qui sont assurés par l'État, par des prestataires mandatés par l'État, et par des associations caritatives reconnues comme telles par l'État* ».

Pour être conforme aux règles communautaires telles qu'elles résultent du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) modifié en dernier lieu par la décision de la Commission européenne du 20 décembre 2011⁴¹, le contrat matérialisant le mandat doit comprendre les mentions obligatoires suivantes⁴² :

- « a) la nature et la durée des obligations de service public;
- b) l'entreprise et, s'il y a lieu, le territoire concerné;
- c) la nature de tout droit exclusif ou spécial octroyé à l'entreprise par l'autorité octroyant l'aide;
- d) la description du mécanisme de compensation et les paramètres de calcul, de contrôle et de révision de la compensation;
- e) les modalités de récupération des éventuelles surcompensations et les moyens d'éviter ces dernières ;
- f) une référence à la décision du 20 décembre 2011 ».

Le mandat donné aux SAAD par le département porte sur la délivrance de prestations individualisées et la réalisation de missions d'intérêt général précisées dans le CPOM : les services doivent assurer « *la prise en charge de toutes les personnes qui sont adressées par les services du département sans pouvoir opposer de contraintes d'organisation ni de coût* »⁴³.

La nature des obligations de service public est précisée d'une part dans le préambule du CPOM et les articles 1 à 3 qui fixent le cadre général d'intervention des services et, d'autre part, à l'article 4 du contrat qui fixe les obligations assignées aux services prestataires.

Dans le préambule, sont énoncés les principes suivants :

- l'universalité des prestations et l'affirmation du droit de vivre à domicile ;
- l'accès équitable au service d'aide à domicile sur tout le territoire ;
- la nécessaire qualification des salariés et la professionnalisation de la structure ;

⁴⁰ « *L'ADF a estimé qu'il convenait de créer une nouvelle autorisation – tarification instituant mandatement dans le cadre du CPOM prévu par le CASF. Cette nouvelle tarification reconnaît les prestataires autorisés comme des services sociaux d'intérêt général, au sens du droit européen* ».

⁴¹ relative à l'application de l'article 106 , paragraphe 2 du Traité sur le fonctionnement de l'Union Européenne aux aides d'Etat sous forme de compensation de services publics octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services économiques d'intérêt général

⁴² Article 4 de la décision

⁴³ Délibération du 20/12/2011

- l'obligation de bienveillance et de contrôle qualité ;
- la prise en compte des conventions collectives agréées dans la définition des enveloppes budgétaires des associations ainsi que celle du statut de la fonction publique territoriale pour les CCAS.

Dans son article 4, le CPOM énumère précisément les engagements de chaque service :

- Assurer directement ou non un fonctionnement ou des permanences 7 jours sur 7 sur l'amplitude horaire 7h – 21h, éventuellement mutualisées sur le territoire ;
- Assurer aux interventions des niveaux qualitatifs définis dans chaque CPOM (amplitude horaire, astreinte, remplacement du personnel absent) ;
- Assurer directement ou non la sécurisation des personnes par exemple à travers la télé assistance ;
- Garantir l'effectivité de l'aide en dématérialisant des tâches administratives et en assurant un contrôle financier simple par l'utilisation des nouvelles technologies d'information et de communication (NTIC) ;
- Mener des actions spécifiques en direction des aidants.

Le mécanisme de compensation (forfait annuel global) et les paramètres de calcul (heures prévisionnelles pondérées par 3 critères) sont décrits à l'article 6 qui précise également les modalités de contrôle et de révision de la compensation.

En revanche, pour être conforme au régime d'aide fixé par la décision de la commission européenne de décembre 2011 il manque au CPOM du Doubs un élément essentiel : les modalités de récupération des éventuelles surcompensations et les moyens de les éviter n'ont pas été prévus. Or, pour échapper au risque de distorsion de concurrence et à la qualification d'aide d'Etat, la commission rappelle que « *la compensation [octroyée au service] ne doit pas dépasser ce qui est nécessaire pour couvrir les coûts nets supportés par l'entreprise assurant le service, y compris un bénéfice raisonnable.* »

Le dispositif de compensation financière mis en place par le département du Doubs n'élimine pas le risque de surcompensation, qui s'avère n'être pas que théorique (cf. infra) : cette lacune fragilise le CPOM dans sa forme actuelle (y compris possiblement en droit interne au regard des critères de concurrence).

La question de l'articulation entre le mécanisme de tarification et celui de la compensation « raisonnable » des coûts nécessaires à l'accomplissement des missions de service public apparaît cruciale et devra impérativement être intégrée par le département dans ses réflexions sur l'avenir du CPOM comme elle devra l'être au plan national dans le cadre de la réforme de l'APA.

4.1.3. *L'absence de déclinaison opérationnelle des objectifs fixés aux services mandatés*

Dans son article 2, le CPOM définit en les détaillant les 2 grands types de critères fondant les objectifs généraux du CPOM, critères de performance (sous-entendu de la gestion) ⁴⁴ et de qualité (sous-entendu de service) ⁴⁵ et précise que ces objectifs doivent être détaillés dans des fiches actions (résultat, actions, moyens, calendrier) ; il évoque également la possible introduction d'un critère à construire à partir de l'isolement social et environnemental.

⁴⁴ « *Convergence tarifaire, de frais de structure et de siège, plafonnement dépenses d'encadrement, optimisation frais de déplacement, informatisation, organisation du travail, mutualisation, couverture territoriale...* »

⁴⁵ « *Couverture territoriale et temporelle, respect des droits des usagers, protection des salariés, promotion bienveillance, coopération avec acteurs du réseau gérontologique...* »

Toutefois, les fiches actions complétant les CPOM n'ont pas été écrites faute de temps, selon le département, notamment en raison du calendrier très serré retenu par l'exécutif pour leur mise en œuvre (3 mois).

Si le défaut de suivi du respect formel des critères de qualité n'est pas synonyme de désintérêt pour ces critères, en l'absence de fiches actions, le département n'est pas en mesure de vérifier la réalisation effective d'objectifs importants comme la qualification et la professionnalisation des personnels, ou la mise en œuvre des actions de prévention. Cette absence de déclinaison opérationnelle prive le dispositif d'une évaluation précise de ces objectifs, pourtant prévue à l'article 8 du CPOM, notamment à partir d'une auto-évaluation du service, que ne peuvent compenser la mesure de l'indice de satisfaction auprès des usagers en 2013 ou le retour informel d'informations par les équipes de terrain invoqués par le département.

En outre, l'absence de fiches actions précisant les objectifs de qualité a appauvri de facto le dialogue de gestion, préparés sur la base des documents budgétaires et rapports d'activités des SAAD⁴⁶. A plusieurs reprises en 2012 et 2013, des responsables de services ont demandé qu'il soit remédié à cette lacune et que soient formalisés les outils de suivi des objectifs prévus par le CPOM.

Ainsi, le CPOM s'apparente davantage à un contrat de moyens que d'objectifs, faute de déclinaison opérationnelle, le privant *ab initio* de toute démarche d'évaluation itérative notamment à l'occasion des dialogues de gestion prévus chaque année afin de permettre des « réajustements d'objectifs »⁴⁷.

Interrogé, le département a précisé qu'il avait privilégié le suivi de la réalisation de l'objectif général, le service rendu à l'utilisateur sur tout le territoire, 7 jours sur 7 et de 7 à 21 heures, au suivi du respect formel des autres critères de qualité de service et de performance ;

Outre que cette couverture était pour partie⁴⁸ déjà assurée avant la mise en œuvre du CPOM, les principales structures de SAAD s'étant réparties le territoire entre elles dans le cadre d'une « fédération » départementale, la couverture territoriale aux heures et jours indiqués dans le CPOM a en effet été assurée : le département indique qu'il n'y a pas eu de réclamations de bénéficiaires se plaignant d'un refus de prise en charge par un des 9 services sous CPOM.

L'ensemble du territoire départemental est d'ailleurs si bien couvert que les périmètres contractuels de certains services se recoupent, comme entre l'ADMR et ELIAD sur 35 communes, dont Ornans, Pontarlier et Rougemont, et entre l'AFL et ELIAD sur 34 communes de l'agglomération bisontine, dont Besançon (voir annexe 3).

Faute de déclinaison opérationnelle des objectifs poursuivis, le CPOM s'est retrouvé privé de certains outils pourtant utiles à sa mise en œuvre. Son cadre reste ainsi inachevé alors que ses objectifs initiaux sont clairs et précis.

⁴⁶ Afin d'être en mesure, comme l'a indiqué le département d'évaluer la progression de certains de ces critères (la qualification du personnel, l'optimisation des frais de déplacement).

⁴⁷ Dialogues de gestion instaurés par l'article 6 du CPOM

⁴⁸ Au moment de la construction des CPOM, il était apparu que plusieurs communes n'étaient en fait pas couvertes par les SAAD

4.2. L'innovation du CPOM : le principe de la forfaitisation

4.2.1. « Une adaptabilité renforcée aux besoins de l'utilisateur, s'appuyant sur une participation forfaitaire »

Un des objectifs du département était que la participation laissée à la charge du bénéficiaire ne soit pas affectée par les nouvelles modalités de gestion de l'APA : le bénéficiaire n'a à financer, et ce quel que soit le prestataire choisi, que le ticket modérateur légal, déterminé en fonction de ses ressources, selon le mode de calcul fixé par le CASF⁴⁹.

Avec le CPOM, cette participation devient forfaitaire, dans la mesure où, une fois déterminé le besoin de la personne âgée dépendante que traduit le plan d'aide, elle ne variera plus, sauf changement important nécessitant une révision du plan d'aide (aggravation de l'état de santé, hospitalisation longue).

Le CPOM confie ainsi au prestataire la responsabilité de moduler chaque mois le nombre d'heures réalisées effectivement en fonction de la situation du bénéficiaire, dans une fourchette de plus ou moins 10 % du forfait mensuel et sans solliciter préalablement l'autorisation du département.

Les règles traduisant cette adaptabilité aux besoins de l'utilisateur dans le cadre du plan d'aide ont été fixées par le département :

Fiche rappelant les différentes règles de procédures (1^{ère} demande, de révision, validation du nombre d'heures figurant au plan d'aide...)

« Variation du nombre d'heures figurant au plan d'aide

A l'initiative du SAAD :

+ :- 10 % (justification au dialogue de gestion) sans modification du forfait

Transfert d'un usager à l'autre : pas de report d'une année sur l'autre

Sans modification du forfait.

A l'initiative de l'utilisateur :

Les heures non faites peuvent être réparties sur d'autres mois ou d'autres personnes dans la même année civile (sous réserve du besoin avéré)

Hospitalisation : règlement du forfait pendant le 1^{er} mois civil d'hospitalisation

Application de la règle : « tout mois commencé est du »

En cas d'hébergement temporaire : forfait entier si séjour < 15 jours et ½ forfait si séjour < 15 jours.

En cas de placement définitif, la même règle s'applique ».

Autre cas d'absence longue (déménagement) : traitement au cas par cas. Facturation d'un mois de forfait au maximum après départ.

Aggravation pérenne de l'état de santé du bénéficiaire : dépôt de demande de révision (à dissocier cependant d'un lissage des heures non effectuées pour cause d'hospitalisation (souplesse du CPOM)) ».

Source : synthèse compte-rendu CPOM transmise par le département du Doubs

⁴⁹ Application d'un taux fonction du revenu de l'allocataire, d'un plafond et d'un plancher légaux, au montant du plan d'aide (nombre d'heures X tarif horaire de référence fixé par le département).

Ainsi, la forfaitisation des heures d'interventions inscrites au plan d'aide fonctionne comme un forfait de services pour le bénéficiaire lui assurant de pouvoir disposer de l'aide maximale définie par le plan d'aide tout en ayant la faculté de l'adapter à l'évolution ponctuelle de ses besoins ou des aléas de la vie.

Ce système applique même de manière assez extensive le principe d'adaptabilité puisque les organismes prestataires peuvent non seulement reporter les heures non réalisées d'un mois sur l'autre pour un même bénéficiaire mais aussi, toujours dans la limite de l'année en cours, les répartir entre des bénéficiaires différents.

Ainsi par construction, certains bénéficiaires peuvent avoir consommé plus d'heures que celles prévues par leur forfait, donc des heures pour lesquelles ils n'ont acquitté aucun ticket modérateur ; à l'inverse, d'autres peuvent avoir acquitté un ticket modérateur pour des heures qu'ils n'ont pas intégralement consommées.

Un tel dispositif se révèle a priori plus profitable aux personnes très dépendantes et a contrario un peu moins intéressant pour des bénéficiaires moins dépendants. Mais ce système repose sur le fait que l'état de dépendance d'un bénéficiaire risque naturellement de s'aggraver et qu'ainsi chaque bénéficiaire finit par « récupérer » une partie des heures d'intervention non consommées mais déjà payées dans le cadre du forfait.

Le département précise que 15 % des bénéficiaires n'acquittent aucune participation à leur plan d'aide et 18 % règlent un ticket modérateur inférieur à 10%.

Selon le département, les organismes prestataires ont été attentifs à limiter les reports d'heures d'un usager à l'autre ; toutefois aucune donnée n'a pu être produite sur l'étendue des reports⁵⁰.

La Chambre recommande au département de suivre la redistribution précise des heures d'intervention d'un bénéficiaire à un autre.

Ce passage à une logique de forfait a nécessité une pédagogie assez précise en direction des personnes âgées mais aussi des agents départementaux (travailleurs sociaux et services de tarification) comme des salariés des SAAD.

Le compte-rendu du 3^{ème} Copil du 10 juillet 2012 relevait le besoin d'expliquer encore, un an après la mise en œuvre du nouveau dispositif, les conséquences de la plus grande souplesse introduite par le forfait :

- tant aux bénéficiaires car « alors que la notion de forfait est intégrée par la grande majorité des usagers, ceux-ci demeurent dans une logique comptable particulièrement prégnante. »
- qu'aux intervenantes « attentives à ne pas dépasser les heures fixées sur les plans d'aides ».

Le CPOM ne modifie pas la procédure de prise en charge des bénéficiaires mais engage le service dans la mise en œuvre du plan d'aide.

L'évaluation médico-sociale par le pôle handicap-dépendance (PHD) reste inchangée : à partir d'un diagnostic médico-social, l'équipe médico-sociale départementale élabore un plan d'aide adressé au bénéficiaire qu'il signe et renvoie au pôle handicap-dépendance. Le plan intègre les aides techniques (téléalarme, portage de repas, matériel à usage unique) et les possibilités d'accueil temporaire (de jour, familial, hébergement temporaire).

⁵⁰ « Au moment du dialogue de gestion, les SAAD devront justifier des variations d'heures par plan d'aide et par mois. En revanche, la redistribution précise des heures d'un usager à l'autre n'est pas un élément d'information nécessaire » selon le compte-rendu du comité technique du 1^{er} juillet 2011.

Seule vraie nouveauté, l'article 3 du CPOM, relatif aux modalités de prise en charge de l'usager, introduit un plan individuel d'intervention (PII) basé sur l'ancienne fiche de liaison. Signé par le département, le bénéficiaire et le service, il décline les objectifs d'intervention pour le service prestataire à domicile sur différents aspects de l'aide à domicile, intégrant l'environnement de la personne âgée : aide aux actes essentiels, à la vie quotidienne, aux aidants, au maintien du lien social et à la prévention, afin que le prestataire mette en œuvre l'organisation de ces interventions avec la personne aidée.

En contrepartie de la forfaitisation, le département demande une plus grande souplesse d'adaptation aux besoins des usagers ainsi qu'une simplification des procédures de gestion administrative et comptable : la facturation s'effectue sur la base mensuelle du forfait et non plus sur le nombre d'heures réalisées ce qui générerait, malgré la simplification intervenue en 2005, des opérations de régularisation en fin d'année par rapport à la consommation réelle d'heures.

En contrepartie de cette souplesse de gestion pour le prestataire, les heures réalisées sont contrôlées grâce à la mise en place d'un système de télégestion⁵¹, installé chez chaque prestataire et qui permet le contrôle en temps réel de la prestation (présence de l'intervenant au domicile). A l'automne 2014 l'objectif de déploiement fixé à l'origine au 31 décembre 2012 n'était pas atteint⁵². Le suivi de l'activité a donc reposé sur les déclarations des structures prestataires.

Dans l'intervalle, le département a effectué des vérifications auprès de chacun des services prestataires (comparaison des plans d'aide, factures, autres pièces justificatives...) mais aussi réalisé des contrôles sur place et sur pièces dans chaque structure sur la base d'un échantillonnage⁵³.

4.2.2. Une sécurisation des prestations dans le cadre d'une enveloppe contrainte : la dotation forfaitaire annuelle d'APA.

L'introduction de la dotation annuelle forfaitaire correspond au troisième et dernier principe du CPOM : la sécurisation des prestations dans le cadre d'une enveloppe contrainte.

4.2.2.1. La détermination d'une enveloppe contrainte

La définition par le département d'un niveau global de ressources, en grande partie déconnecté de l'évolution de l'activité réelle à périmètre constant (celui des 9 services autorisés à la date de signature des CPOM), constitue le socle du nouveau dispositif d'allocation de l'APA.

En 2011⁵⁴, une enveloppe globale est préalablement arrêtée par le département sur la base des dépenses constatées en 2010. Cette enveloppe évoluera au cours des exercices suivants, par application d'un taux directeur d'une part et, d'autre part, en raison du changement de périmètre d'intervention des services signataires du CPOM lié à la disparition d'un service agréé intervenant sur le territoire⁵⁵ et dont l'activité a été reprise par plusieurs des services autorisés.

⁵¹ La mise en œuvre d'une plateforme d'un portail pour fin 2012 permettant d'agréger l'ensemble des interventions des SAD

⁵² Fin 2014, 4 SAAD n'étaient pas encore passés à la télégestion : Sollicités et CCAS Montbéliard : en cours de test ; CCAS des Besançon et de Pont-de-Roide non démarrés (le CCAS de Montbéliard fait office de test avant intégration des 2 autres CCAS)

⁵³ « dans le cadre du dialogue de gestion, et pour répondre aux exigences qui incombent [au Département] vis-à-vis de la Paierie », selon le CR 4ème Réunion technique du 20 février 2012

⁵⁴ Pour l'année 2011, ce nouveau mode de calcul de la dotation forfaitaire n'a été utilisé que pour les 6 derniers mois de l'année.

⁵⁵ Gardénia, service agréé mis en liquidation judiciaire en 2013

Le département conserve, grâce à ce postulat de départ, la maîtrise de la majeure partie de ses dépenses de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Si l'objectif est vertueux, il pourrait être observé que cette hypothèse de départ est peu affichée dans les différents documents traitant de l'expérimentation du CPOM.

De plus, les modalités d'évolution de l'enveloppe sont peu lisibles : si en lui-même l'utilisation d'un taux directeur n'est pas critiquable, sa définition devrait reposer sur des paramètres clairs et si possible permanents pendant la durée de l'expérimentation, ce qui n'a pas été le cas : en 2012, ce taux directeur résulte d'une moyenne de taux directeurs appliqués à la dotation de chaque structure (en fonction de leur situation financière, 0,9 % pour les plus performantes, 1,5 % pour les moins performantes), alors qu'en 2013 et 2014 le département a appliqué un taux unique, respectivement de 1,6 % et 0,7 %.

Le montant annuel de l'enveloppe à répartir est resté « fermé » autour de 21 M€ : fixé à 21 M€ en 2011, il est passé à 20,55 M€ en 2012, à 21 M€ en 2013, à 22,54 M€ en 2014 (reprise de Gardenia).

4.2.2.2. La répartition de l'enveloppe

Le département s'est fixé comme objectif « *une optimisation de la viabilité et de la bonne gestion financière et sociale des prestataires mandatés permettant la réalisation de gains de productivité par l'encadrement* » :

- des coûts de fonctionnement, sans étranglement des structures concernées,
- ainsi que du nombre d'heures d'intervention directe à effectuer ». ⁵⁶

La stratégie du département consiste à répartir l'enveloppe annuelle entre les signataires du CPOM en appliquant une clé de répartition fondée sur l'activité prévisionnelle de chacun des services : cette activité prévisionnelle est en fait déterminée par l'activité réelle constatée l'année précédente.

Chaque forfait est ensuite corrigé par application d'un coefficient intégrateur construit à partir de trois critères, choisis de manière concertée avec les services concernés :

- les frais de structure, intégrant l'ensemble des frais de siège et des personnels d'encadrement, avec l'idée d'une convergence à terme de ce critère ;
- les frais de transport, critère de différenciation pour assurer un accès à l'aide équitable sur le territoire ;
- le niveau moyen de dépendance des personnes âgées prises en charge.

Dans les faits, le critère relatif aux frais de structure n'a pas été mis en œuvre : il a été remplacé par la participation des usagers.

Le CPOM prévoyait également la possibilité d'intégrer un quatrième indicateur, d'isolement ou de précarité humaine comme financière, mais le département a souhaité ⁵⁷ attendre pour le mettre en œuvre la conclusion des expérimentations menées par les autres départements engagés dans une démarche similaire.

Cette nouvelle clé de répartition des ressources inverse la logique précédente : la rémunération des services ne dépend plus d'un tarif de référence et d'une activité réelle, qui pouvait être fluctuante, mais d'un niveau global de ressources qui doit en principe permettre la sécurisation des prestations versées.

⁵⁶ délibération approuvant le CPOM

⁵⁷ Selon le CR du 3ème Copil du 10 juillet 2012

Pour assurer l'efficacité du nouveau dispositif, le département a soldé les résultats déficitaires résultant de la tarification antérieure à 2011, lors du démarrage de l'expérimentation. Cette mesure a concerné six services.

Décomposition des déficits repris en 2011 par le département

Structures	Déficit	Années concernées
SOLICITES (ex AAPA)	- 57 842,00	2010
APASAAD	- 114 192,00	2009 et 2010
ADMR	- 166 992,56	Soldes 2008 et 2009
AFPAD	- 395 069,00	2007 à 2010
ELIAD (ex ASSAAD)	- 265 063,44	2007 à 2010
CCAS Besançon	- 92 834,67	2009 et 2010
Total	- 1 091 993,67	

Source : annexes des CPOM signés le 22 juillet 2011 par le département du Doubs avec chacun des SAAD.

A partir de 2011 le département ne compense plus, en théorie, les déficits, le CPOM ⁵⁸ prévoyant que les services prestataires « font leur affaire » des résultats d'exploitation conformément au dispositif réglementaire qui encadre la reprise des résultats (Article R314-51 CASF).

Le département a cependant dérogé à cette règle en 2012 en compensant, à titre exceptionnel⁵⁹, les déficits constatés à la fin de 2011, pour 479 614 €, comme il l'avait fait en 2011 pour les années antérieures.

Structures	Déficits
ELIAD	299 540
AFPAD	6 779
AFL	65 220
APASAAD	55 849
CCAS Besançon	40 446,50
CCAS Montbéliard	11 880
Total	479 614,5

Source : département du Doubs

Lors du dialogue de gestion, début 2012, certains SAAD ont demandé que leurs déficits encore importants sur l'activité APA en 2011, puissent être repris de manière dérogatoire au CPOM.

⁵⁸ article 4 du CPOM

⁵⁹ Le département dès l'automne 2011 a informé les structures que « concernant le deuxième semestre 2011, les résultats seront analysés avec une certaine bienveillance, selon la volonté du Président du Conseil général » CR du Copil du 3 novembre 2011.

La dotation annuelle de chaque service, à hauteur de 90 %, lui est versée par douzième, les 10 % restant pouvant être libérés l'année suivante en fonction de l'activité effectivement réalisée (article 5 du CPOM).

L'absence de formalisation des objectifs, qualitatifs notamment, a conduit le département à accorder les 10 % restant au vu du nombre d'heures réalisées en 2011, 2012 et 2013. A une exception près en 2013, tous les services ont réalisé plus d'heures d'intervention à domicile que l'année précédente, donc au-delà des heures prévisionnelles.

**Evolution entre 2010 et 2013 du rapport heures réalisées
par les SAAD / heures prévisionnelles**

Heures réalisées / heures prévisionnelles	2010	2011	2012	2013
ELIAD (ex ASSAD)	74%	99%	104%	101%
ADMR	76%	96%	100%	105%
AFPAD	85%	95%	109%	120%
SOLICITES (ex AAPA)	86%	97%	115%	130%
AFL	74%	90%	105%	103%
APASAD	91%	100%	108%	98%
CCAS Besançon	71%	98%	98%	107%
CCAS Montbéliard	81%	109%	107%	104%
CCAS Pont-de-Roide	83%	104%	102%	112%
Total	78%	97%	104%	107%

Source : CRC à partir des données communiquées par le département du Doubs

Les services ont donc perçu une dotation complémentaire égale au nombre d'heures réalisées en plus sur la base du taux pivot horaire (cf. infra) déterminé pour chaque service. Cette dotation constitue une atténuation au principe de l'enveloppe fermée d'APA dont, en définitive, le montant évolue également en fonction de l'activité réelle des services.

4.2.2.3. Une méthode peu lisible pour les SAAD

En dépit de sa simplicité apparente, la méthode appliquée n'a pas toujours été lisible pour les services prestataires.

En premier lieu, la construction du coefficient intégrateur a été modifiée d'une année sur l'autre, ses modalités de calcul évoluant au fil des ans :

Evolution des modes de détermination des critères de répartition de l'enveloppe

Critères	2011	2012	2013
Frais de transports	Proportion des frais de transport dans l'ensemble des charges		
Degré moyen de dépendance des personnes âgées (GIR moyen pondéré)	$(GMP-500)/500$	$(GMP-500)/180$	$(GMP-Min\ GMP)/180$
Participation financière moyenne des usagers	$(Tarif\ Min-Tarif) / 10$	$(Tarif\ Min-Tarif) / 20$	$(Tarif\ Max-Tarif) / 20$
Construction du coefficient général	Somme des 3 coefficients		
	$Coef\ frais\ de\ transport + Coef\ GMP\ réel - Participation\ horaire\ usager / 100$		

Source : CRC à partir des données communiquées par le département du Doubs

En 2014, le département a introduit une nouvelle clef de répartition de l'enveloppe annuelle : il attribue de manière égalitaire à chaque SAAD 12 points dépendance, 3 points transport et 15 points organisation⁶⁰. Ensuite, le volume d'heures prévisionnelles (réelles de l'année 2013) est multiplié par la somme des points de bonification. Les montants ainsi obtenus servent de base pour la répartition de l'enveloppe globale fermée.

En second lieu, le département corrige dans le cadre d'arbitrages politiques, in fine⁶¹, dans la limite de l'enveloppe financière, la répartition ainsi obtenue : la répartition arithmétique des dotations a fait chaque année l'objet d'ajustements par le département, dans des proportions qui ne sont pas négligeables (de l'ordre de 2 à 8 % et ponctuellement au-delà de 10 %), sans que la possibilité en ait été prévue préalablement par le CPOM.

Écart annuel en pourcentage entre dotations calculées et dotations finales arbitrées

	2011	2012	2013	2014
ELIAD (ex ASSAAD)	2%	1%	2%	0%
ADMR	0%	1%	6%	4%
AFFAD	2%	-3%	-3%	-4%
SOLICITES (ex AAPA)	1%	3%	6%	-5%
AFL	0%	4%	12%	-10%
APASAAD	-6%	-5%	-5%	-4%
CCAS Besançon	2%	8%	8%	8%
CCAS Montbéliard	-1%	7%	4%	-2%
CCAS Pont-de-Roide	-6%	19%	9%	-4%

Source : CRC à partir des données communiquées par le département du Doubs.

Ces corrections interviennent à l'issue du dialogue annuel de gestion prévu par l'article 6 du CPOM, après remise des comptes annuels de l'exercice concerné : le dialogue de gestion doit permettre, après analyse de plusieurs paramètres (activité prévisionnelle et réalisée, causes exogènes et endogènes, évolution du niveau de la dépendance, facteurs sociaux et environnementaux, bilans sociaux) de procéder « aux ajustements nécessaires ».

Toutefois, les ajustements prévus par le contrat portent sur les objectifs et le volume d'activité pour l'année à venir et non sur la dotation de l'année ; le seul ajustement financier prévu porte sur le gel ou la libéralisation des 10 % du forfait global de l'année précédente.

Les modifications successives apportées à la détermination des critères de répartition, conjuguées aux arbitrages in fine, soulèvent le problème de la permanence de la méthode de fixation pluriannuelle de la dotation des services, pourtant garantie par le CPOM. Ces variations annuelles ne sont pas compatibles avec l'objectif pluriannuel de sécurisation financière des SAAD.

⁶⁰ répartis entre l'encadrement de proximité, administratif que les temps dits collectifs.

⁶¹ L'ajustement à la hausse ou à la baisse de chacun des montants de dotation est intervenu avant application du taux directeur, partiellement en 2012 et complètement en 2013.

4.2.2.4. Le maintien de la référence à un taux horaire moyen annuel pour chaque service

A partir du forfait annuel et du nombre d'heures réalisées un tarif horaire moyen dit « pivot » est calculé.

Ce tarif servira au calcul de la compensation versée aux services lorsqu'ils réalisent un nombre d'heures supérieur à la prévision initiale.

Ainsi, l'abandon de la négociation du tarif horaire autorisé avec chaque structure, ainsi que du tarif de référence fixé par le département, n'a pas pour autant fait disparaître toute référence à un tarif horaire. Ce tarif, calculé ex post, représente le prix versé à chaque structure par le département pour la réalisation d'une heure d'intervention à domicile d'une personne âgée dépendante.

La détermination du taux horaire moyen dans le cadre du dialogue de gestion réintroduit ainsi un calcul annuel en contradiction avec la logique pluriannuelle de régulation du forfait, d'autant plus que les critères de pondération ne sont pas constants. Le taux moyen est calculé au 2^{ème} trimestre de l'année⁶² et ce n'est qu'après sa fixation que les douzièmes du 1^{er} trimestre sont régularisés sur la base du nouveau tarif.

Le président du Conseil général continue à fixer un tarif autorisé, égal au taux horaire calculé à partir de l'enveloppe fermée et de la participation horaire du bénéficiaire.

4.3. Le bilan du CPOM sur la période 2010 (avant mise en œuvre) et 2013 (2^{ème} année pleine)

4.3.1. La hausse d'activité des SAAD autorisés, prestataires quasi exclusifs de l'aide à domicile en 2013.

4.3.1.1. Une reprise de l'activité à partir de 2012, soutenue par la hausse des bénéficiaires et une effectivité croissante des heures prévues aux plans d'aide

Confronté à la charge croissante des dépenses APA, le département avait revu en 2010 son système de tarification⁶³, provoquant une baisse d'activité entre 2010 et 2011. L'activité reprend en 2012 avec la mise en place du CPOM. On constate une accélération en 2013, liée à la modification du périmètre d'intervention des SAAD autorisés (reprise de l'activité de Gardénia⁶⁴).

⁶² Les SAAD ont réitéré à plusieurs reprises leur demande de connaître plus en amont (avant juillet) le montant de la dotation, mais les comptes administratifs sur lesquels repose le dialogue de gestion ne sont produits qu'en avril ou mai.

⁶³ Abandon de la prise en charge systématique du différentiel entre tarif de référence et tarif autorisé au profit d'une tarification différenciée, à la fois en fonction des ressources de l'allocataire et de son degré de dépendance (cf. supra point 3.5)

⁶⁴ 60 000 heures d'intervention

Evolution du nombre d'heures d'intervention réalisées par les 9 structures sous CPOM de 2010 à 2013

Heures réalisées	2010	2011	2012	2013	évolution
ELIAD (ex ASSAAD)	279 270	275 142	285 206	287 422	3%
ADMR	468 330	448 964	451 030	473 319	1%
AFPAD	100 000	95 394	103 769	124 499	24%
SOLICITES (ex AAPA)	80 100	77 560	88 912	115 608	44%
AFL	19 400	17 416	18 364	18 854	-3%
APASAAD	90 900	90 532	97 792	96 175	6%
CCAS Besançon	70 500	69 276	67 958	72 992	4%
CCAS Montbéliard	41 000	44 796	47 993	49 854	22%
CCAS Pont-de-Roide	11 500	12 000	12 261	13 767	20%
Total	1 161 000	1 131 080	1 173 285	1 252 490	8%
Evolution annuelle		-3%	4%	7%	

Source : département du Doubs.

Soutenant l'activité, le nombre de bénéficiaires progresse de nouveau en 2012 de 2%, puis de 9 % en 2013, avec la reprise de l'activité par les SAAD autorisés du SAAD agréé Gardenia, placé en liquidation judiciaire début 2013.

Ce sont les structures œuvrant sur l'est du département, autour de Montbéliard, territoire le plus concerné par la croissance de la population âgée, qui enregistrent une progression importante de leur activité (hausse de 25 % du nombre d'heures réalisées, soit 2,5 fois plus rapide que sur l'ensemble du Doubs), de même que le nombre de bénéficiaires : APASAAD et CCAS de Pont-de-Roide + 9%, AFPAD + 17%, SOLICITES + 47% (hausse liée également à la reprise en 2013 des activités de GARDENIA), CCAS de Montbéliard +44 %.

Evolution du nombre moyen de bénéficiaires des 9 structures de 2010 à 2013

Nombre de bénéficiaires	2010	2011	2012	2013	évolution
ELIAD (ex ASSAAD)	1148	1063	1078	1099	-4%
ADMR	1773	1689	1677	1810	2%
AFPAD	389	338	354	435	12%
SOLICITES (ex AAPA)	311	324	365	441	42%
AFL	87	80	91	86	-1%
APASAAD	302	301	305	326	8%
CCAS Besançon	295	297	298	343	16%
CCAS Montbéliard	155	182	193	196	26%
CCAS Pont-de-Roide	45	47	45	52	16%
Total	4504	4321	4406	4788	6%
Evolution annuelle		-4%	2%	9%	

Source : département du Doubs.

Rapportée au volume total d'heures réalisées, l'activité annuelle de chaque SAAD peut être traduite en « parts de marchés » : celles des deux grandes associations, Fédération des ADMR et ELIAD sont en net recul (mais représentent 60 % de l'activité) alors que les SAAD de l'Est du département atteignent en 2013 un tiers de l'ensemble de l'activité.

Evolution des parts de marché des 9 structures sous CPOM de 2010 à 2013

"Parts de marchés"	2010	2011	2012	2013	évolution
ELIAD (ex ASSAAD)	24,1%	24,3%	24,3%	22,9%	recul
ADMR	40,3%	39,7%	38,4%	37,8%	recul
<i>Sous-total</i>	<i>64,4%</i>	<i>64,0%</i>	<i>62,7%</i>	<i>60,7%</i>	<i>recul</i>
AFPAD	8,6%	8,4%	8,8%	9,9%	croissance
SOLICITES (ex AAPA)	6,9%	6,9%	7,6%	9,2%	croissance
AFL	1,7%	1,5%	1,6%	1,5%	recul léger
APASAAD	7,8%	8,0%	8,3%	7,7%	recul léger
CCAS Besançon	6,1%	6,1%	5,8%	5,8%	recul
CCAS Montbéliard	3,5%	4,0%	4,1%	4,0%	hausse
CCAS Pont-de-Roide	1,0%	1,1%	1,0%	1,1%	hausse légère
<i>Sous-total CCAS /orga. Pub.</i>	<i>10,6%</i>	<i>11,1%</i>	<i>10,9%</i>	<i>10,9%</i>	<i>hausse légère</i>
Total	100%	100%	100%	100%	

Source : CRC à partir des données communiquées par le département du Doubs.

A l'exception d'ELIAD, ce sont les structures de l'est du département, comme le CCAS de Montbéliard et l'AFPAD, qui sont le plus confrontées à la hausse du niveau de dépendance (pour les mêmes raisons de croissance plus rapide de la population âgée) et qui accueillent, comme l'APASAAD et l'AFPAD, les proportions les plus importantes de personnes classées en GIR 1 et 2.

Evolution du GIR moyen pondéré réel des bénéficiaires des 9 structures sous CPOM de 2011 à 2013

GMP réel moyen	2011	2012	2013	évolution
ELIAD (ex ASSAAD)	565,31	558	562	-1%
ADMR	543,72	536	540	-1%
AFPAD	524,24	553	557	6%
SOLICITES (ex AAPA)	540,58	538	536	-1%
AFL	541,96	540	529	-2%
APASAAD	553,44	548	551	0%
CCAS Besançon	540,89	526	531	-2%
CCAS Montbéliard	499,88	509	519	4%
CCAS Pont-de-Roide	545,71	500	521	-5%
Moyenne pondérée	545,90	541,60	545,07	0%

Source : département du Doubs.

4.3.1.2. Des plans d'aide plus effectifs dès 2011

L'effectivité des plans d'aide est en constante amélioration dans les services passés sous CPOM, en moyenne de 80% à 91 % entre 2010 et 2013.

Evolution du taux d'effectivité des heures d'intervention prévues au plan d'aide dans les 9 structures de 2010 à 2013

Effectivité des plans d'aide	2010	2011	2012	2013
ELIAD (ex ASSAAD)	73,34%	85,80%	88,72%	94,03%
ADMR	73,99%	85,15%	83,56%	87,79%
AFPAD	90,95%	86,53%	86,24%	90,22%
SOLICITES (ex AAPA)	83,76%	92,87%	86,89%	93,67%
AFL	71,56%	72,51%	76,40%	88,78%
APASAAD	88,19%	88,66%	95,84%	93,55%
CCAS Besançon	72,53%	83,08%	83,78%	87,93%
CCAS Montbéliard	68,52%	84,33%	85,08%	82,93%
CCAS Pont-de-Roide	91,15%	83,23%	83,86%	95,98%
Moyenne	79,33%	84,68%	85,60%	90,54%

Source : département du Doubs.

Selon le département, cette amélioration s'explique par la souplesse introduite dans la gestion des plans d'aide : les heures non réalisées sont reportables d'un mois sur l'autre, d'un usager sur l'autre, ce qui permet d'optimiser la ressource horaire disponible pour chaque SAAD.

4.3.1.3. La place croissante des services autorisés sous CPOM dans l'aide à domicile des personnes âgées dépendantes

La mise œuvre du plan d'aide d'un même bénéficiaire de l'APA peut faire appel à plusieurs modes d'intervention : SAAD agréés, autorisés et gré-à-gré, en fonction notamment de la capacité des services prestataires à répondre à la demande.

Evolution du nombre d'heures annuelles d'intervention à domicile financées par l'APA selon la relation juridique entre la personne âgée et le SAAD

Nombre annuel d'heures d'intervention	2010	2011	2012	2013	Evolution
Prestataires	1 337 095	1 342 751	1 367 653	1 404 064	5%
dont autorisés + agréés*	1 291 321	1 262 879	1 272 113	1 273 933	-1%
dont autorisés	1 161 000	1 131 080	1 173 285	1 252 490	8%
dont associations à but non lucratif	1 038 000	1 005 008	1 045 073	1 115 877	8%
dont CCAS	123 000	126 072	128 212	136 613	11%
dont agréés (différence avec prestataires)	130 321	131 799	98 828	21 443	-84%
dont entreprises	38 066	32 440	24 751	18 514	-51%
dont CCAS (Morteau)	3 023	2 546	2 716	2 929	-3%
dont association à but non lucratif (Gardenia)	89 232	96 813	71 361		
Bénéficiaire employeur	640 407	606 803	579 386	527 169	-18%
Mandataires	75 903	57 412	42 988	31 885	-58%
Gré-à-gré	564 504	549 391	536 398	495 284	-12%
Total	1 977 502	1 949 554	1 947 039	1 931 233	-2%

Source : département du Doubs.

* La différence entre le total « prestataires » et le total « autorisés + agréés » correspond aux heures réalisées par des prestataires agréés et pour lesquelles l'APA est versée directement à l'usager.

Entre 2010 et 2013, alors que le nombre des bénéficiaires de l'APA à domicile a augmenté de 7 %, le volume total d'activité a légèrement diminué, en raison de la chute du nombre d'heures réalisées en gré à gré et surtout en mode mandataire (division par deux).

Si globalement l'activité des SAAD (autorisés +agréés) baisse de 1 %, l'activité des services autorisés croît de 8% par substitution aux services agréés : en 2013 les services autorisés réalisent 98 % de l'activité de l'ensemble des services d'aide à domicile (contre 90 % 3 ans plus tôt).

Les services prestataires autorisés gagnent 6 points de parts de marché en 3 ans pour atteindre un niveau comparable à celui observé par une étude de l'universitaire François-Xavier Devetter (Université Lille-I) sur le marché des services à domicile en France⁶⁵ : « 57 % de ce marché est assuré par des associations, 19 % par des employés à domicile recrutés par des particuliers (sans parler du travail au noir), 14 % par des organismes publics et seulement 10 % par des entreprises ».

Evolution comparée des parts de marché entre 2010 et 2013 (Heures d'intervention à domicile financées par l'APA à domicile)

Parts de marché des SAAD financés par l'APA	2010	2011	2012	2013	Etude
Prestataires	67,6%	68,9%	70,2%	72,7%	
dont autorisés	58,7%	58,0%	60,3%	64,9%	
dont associations but non lucratif	52,5%	51,6%	53,7%	57,8%	57%
dont CCAS (sans compter Morteau agréé)	6,2%	6,5%	6,6%	7,1%	14%
dont agréés	6,6%	6,8%	5,1%	1,1%	10%
dont entreprises	1,9%	1,7%	1,3%	1,0%	
dont CCAS (Morteau)	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	
dont Gardénia	4,5%	5,0%	3,7%	0,0%	
Bénéficiaire employeur	32,4%	31,1%	29,8%	27,3%	19%
Mandataires	3,8%	2,9%	2,2%	1,7%	
Gré-à-gré	28,5%	28,2%	27,5%	25,6%	
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Source : CRC à partir des données communiquées par le département du Doubs et conclusion d'une étude de l'universitaire François-Xavier Devetter – (Université Lille-I) sur le marché des services à domicile en France citées par Le Monde du 14 octobre 2014.

Bien qu'en recul sur la période 2010-2013 la proportion des bénéficiaires employeurs est supérieure de 8 points à la moyenne nationale. Le caractère rural d'une part importante de la population et du territoire peut expliquer cette proportion plus importante de l'emploi direct.

La part des services agréés passe en dessous de la moyenne nationale.

Les CCAS (essentiellement Besançon et Montbéliard, Pont-de-Roide et Morteau) occupent une part plus modeste.

⁶⁵ Dont les conclusions sont citées par Le Monde dans son édition du 14 octobre 2014

Le recours aux services autorisés pour l'exécution des prestations d'aide à domicile répond à l'objectif politique du département du Doubs : dans son projet pluriannuel (Doubs 2017), il est rappelé que « *tout en respectant le principe légal de libre choix de son intervenant par le bénéficiaire, le recours au mode prestataire a été encouragé par rapport à l'embauche directe (mode gré-à-gré et mandataire)* » afin d' « *envisager la professionnalisation réelle des intervenants et d'assurer, par la présence d'un responsable d'équipe, que les prestations soient conformes aux besoins de la personne aidée* ».

Ainsi, à l'issue de la période d'expérimentation du CPOM, le département a atteint l'objectif de structuration de l'offre d'aide à domicile autour des 9 SAAD autorisés.

4.3.2. L'introduction du CPOM contribue structurellement à la baisse de l'APA à domicile entre 2010 et 2013

Afin de disposer de données comparables, il a été demandé au département de retraiter les montants de dépenses d'APA figurant aux comptes administratifs : les dépenses correspondant à la compensation des déficits des services autorisés ainsi que certaines régularisations ont été soustraites des dépenses de l'exercice au cours duquel elles ont été mandatées et rattachées à l'exercice qu'elles concernaient.

Les dépenses d'APA à domicile baissent globalement de 7% entre 2010 et 2013, alors qu'elles avaient augmenté de 23 % entre 2007 et 2010⁶⁶.

⁶⁶ Evolution comparée du total des dépenses d'APA à domicile entre la période 2010 – 2013 et la période 2007 – 2010 : Source : département du Doubs.

2007	2008	2009	2010	Evolution
27 743 577,62	30 436 649,85	33 213 191,49	35 099 367,57	26,51%
2010	2011	2012	2013	Evolution
35 099 367,57	33 679 102,00	32 628 668,82	32 674 450,82	-6,91%

Evolution et répartition de la dépense d'APA à domicile entre 2010 et 2013

Dépenses annuelles	2010	2011	2012	2013	Evolution 2010 - 2013
APA versée directement aux bénéficiaires	10 098 462	9 203 178	9 125 471	9 220 282	-9%
<i>dont aide de personnel</i>	6 297 170	6 629 895	6 620 232	6 795 049	8%
<i>dont frais autres</i>	2 977 548	2 037 013	1 952 288	2 018 017	-32%
<i>dont hébergement temporaire</i>	217 256	118 869	213 798	117 873	-46%
<i>dont APA petite structure</i>	447 439	313 770	276 995	260 775	-42%
<i>dont APA famille d'accueil</i>	129 485	102 204	61 493	44 438	-66%
APA versée aux SAAD	25 000 906	24 475 924	23 503 198	23 454 169	-6%
<i>services autorisés</i>	19 741 334	20 064 906	21 558 745	22 858 010	16%
participation CG 25 % tarifs autorisés	2 300 000	2 051 319	-	-	-100%
Sous-total services autorisés	22 041 334	22 116 225	21 558 745	22 858 010	4%
reprise déficits	1 091 994	479 714	-	21 761 162	
Sous-total services autorisés (avec déficits)	23 133 328	22 595 939	21 558 745	22 858 010	-1%
aide aux aidants ⁶⁷ (annexe CPOM)	-	124 500	261 075	219 500	
<i>services agréés</i>	1 867 578	1 755 485	1 683 378	376 659	-80%
Total APA à domicile	35 099 368	33 679 102	32 628 669	32 674 451	-7%

Source : département du Doubs (données retraitées)

Cette baisse résulte pour une part de celle des dépenses d'APA versée directement aux bénéficiaires (-9%) : les postes de dépenses consacrées à l'hébergement temporaire ou d'accueil en structure de jour diminuent fortement, mais la baisse massive provient surtout des « frais autres » (achat de matériels à usage unique), consécutive à l'introduction du contrôle d'effectivité des dépenses sur facture.

Toutefois, les dépenses d'intervention augmentent de 8 % entre 2010 et 2013, alors que le nombre des bénéficiaires comme des heures d'intervention effectuées à leur profit reculent respectivement de 15 % et 18 %.

⁶⁷ Précédemment autorisées par l'Etat en 2002 à faire fonctionner un CLIC, la Fédération départementale d'aide à domicile en milieu rural (ADMR) et l'Association « Accompagnement, Soins, Services à domicile » (ASSAD) devenu ELIAD ont développé dans ce cadre des actions de promotion du bien vieillir, d'aide aux aidants et d'animations intergénérationnelles.

L'APA versée à l'ensemble des services prestataires baisse de 6 % entre 2010 et 2013 : en effet, alors que les dépenses au profit des services autorisés sont contenues, l'APA versée aux services agréés devient résiduelle⁶⁸ à la suite de la disparition de Gardenia qui représentait près des ¾ de l'activité des SAAD agréés en 2012.

Les dépenses d'APA à domicile versée aux SAAD autorisés, qui représentent plus de 70 % de l'APA à domicile, sont maîtrisées entre 2010 et 2013 alors qu'elles avaient fortement augmenté entre 2007 et 2010. A périmètre constant, en soustrayant la reprise par les services autorisés de l'activité du prestataire agréé Gardenia, elles baissent même de 1,3 %.

APA versée SAAD autorisés	2007	2008	2009	2010	Evolution
	16 103 341	18 518 740	21 039 451	22 041 334	37%
	2010	2011	2012	20,13	Evolution
Avec reprise de Gardenia	22 041 334	22 061 291	21 558 745	22 858 005	3,7%
Sans reprise de Gardenia				21 761 157	-1,3%

En 2013, le montant de la dotation totale APA versée sans Gardenia est déterminé en soustrayant au montant total d'APA versé par le département le montant des participations complémentaires pré calculées par le département aux services reprenant l'activité de la structure agréée liquidée.

Source : CRC à partir des données communiquées par le département du Doubs.

La répartition entre les prestataires sous CPOM des heures auparavant réalisées par Gardenia (60 000 heures, soit 1 M€) constitue donc le principal facteur de croissance de l'enveloppe APA versée dans le cadre du CPOM, le second facteur étant la hausse du nombre de bénéficiaires (+6,3%) aidés par les services sous CPOM.

Evolution du nombre des bénéficiaires de l'APA dans le Doubs entre 2010 et 2013

Nombre de bénéficiaires annuels	2010	2011	2012	2013	Evolution 2010 - 2013
Bénéficiaires APA ayant des droits ouverts (chiffres au 31.12 de l'année)	6 562	6 830	6 833	7 025	7,1%
Total bénéficiaires ayant perçus l'APA (moyenne arithmétique)	6 478	6 529	6 633	6 659	2,8%
dont APA versée directement aux bénéficiaires (moyenne arithmétique)	3 675	3 115	3 057	3 132	-14,8%
dont services autorisés (moyenne arithmétique)	4 505	4 321	4 406	4 788	6,3%
dont services agréés (moyenne arithmétique)	477	501	450	87	-81,8%

Source : département du Doubs.

Toutefois, cet « effet volume » est compensé par la baisse du tarif moyen horaire, ou taux pivot, directement lié à la maîtrise par le département de son enveloppe APA : le calcul de ce taux résultant du rapport entre une enveloppe définie de manière exogène par le département et l'activité réelle, ce mécanisme a conduit par construction, compte tenu de l'augmentation de l'activité globale, à une baisse du tarif horaire moyen.

⁶⁸ La disparition progressive des services agréés et le souhait de plusieurs d'entre eux de rejoindre le dispositif du CPOM exprimé auprès du département soulève la question de la pérennité de ce régime, ainsi que le souligne le rapport d'information parlementaire du Sénat de juin 2014. « S'orienter vers un système unique d'autorisation, fondé sur une contractualisation entre le financeur et le service permettant la définition d'un certain nombre de missions de service public. L'ensemble des services ainsi autorisés serait par ailleurs soumis à des critères de qualité communs et les dispositifs d'évaluation seraient uniformisés. »

Alors que le coût horaire des dépenses d'APA à domicile versées directement aux bénéficiaires employeurs⁶⁹ augmente de 31 % sur la période (en dépit du recul de ce mode d'intervention), celui des SAAD autorisés sous CPOM baisse en effet de 8%.

Evolution comparée du coût horaire d'APA à domicile selon qu'elle est versée directement aux bénéficiaires ou au SAAD entre 2010 et 2013

Coût horaire	2010	2011	2012	2013	Evolution
Bénéficiaires employeurs	9,83	10,93	11,43	12,89	31%
Prestataires					
dont autorisés	19,93	19,98	18,37	18,25	-8%
dont agréés	14,33	13,32	17,03	17,57	23%

Source : CRC à partir des données communiquées par le département du Doubs.

Parallèlement, entre 2010 et 2013, le département a stabilisé les effectifs de la direction de l'autonomie dédiés à la gestion de l'APA⁷⁰. Il a en outre indiqué avoir supprimé un poste au service tarification de la délégation aux ressources.

4.3.3. Malgré des gains de productivité, les SAAD enregistrent des déficits annuels limités, à une exception près

La réalisation de gains productivité était l'un des effets attendus du nouveau système d'allocation des ressources.

4.3.3.1. La convergence des coûts

Les coûts horaires moyens convergent en partie, comme le montre l'évolution de la variance⁷¹ dont la mesure est divisée par 15 entre 2010 et 2013.

⁶⁹ Correspondant à l'ensemble des frais de personnels de l'APA versée directement aux bénéficiaires (comme indiqué dans le tableau précédant « Evolution et répartition de la dépense d'APA à domicile entre 2010 et 2013 »), sans les aides humaines et techniques par prestataires agréés versée directement à l'utilisateur.

⁷⁰ Soit les effectifs dédiés à l'évaluation de la dépendance et à la gestion administrative (instruction, liquidation des aides). Source : département du Doubs.

ETP	2010	2011	2012	2013
PHD Besançon	6,88	6,72	6,25	6,9
PHD Montbéliard	6,62	6,86	7,06	7,9
PHD Pontarlier	6	6,2	6,2	6,2
Evaluation de la dépendance	19,5	19,78	19,51	21
Instruction/ liquidation des aides	9,2	10	10,8	9,9
Contrôle de l'effectivité des prestations	3	3	3	3
Total	31,7	32,78	33,31	33,9

⁷¹ On recourt à la variance, mesure permettant de caractériser la dispersion d'un échantillon ou d'une distribution. Elle indique de quelle manière la série statistique ou la variable aléatoire se disperse autour de sa moyenne.

Le calcul du coût horaire moyen a été réalisé à partir du coût annuel total déclaré par chaque SAAD au département, pour son activité aide à domicile ou « centre de coût aide à domicile », sans analyse de la composition de ces coûts annuels déclarés.

Les SAAD ont réalisé de gros efforts de maîtrise de leurs coûts, notamment les CCAS, ELIAD et deux acteurs associatifs de l'est Doubs qui avaient les coûts les plus élevés en 2010.

Evolution des coûts horaires moyens entre 2010 et 2013 de chacun des 9 SAAD

Coût horaire moyen	2010	2011	2012	2013	évolution 2010 - 2013
ELIAD (ex ASSAAD)	28,47	29,27	24,38	24,16	-15%
ADMR	22,60	24,14	20,89	21,81	-3%
AFPAD	30,06	27,90	23,70	24,06	-20%
SOLICITES (ex AAPA)	23,72	25,94	24,17	25,18	6%
AFL	22,17	31,83	24,95	24,94	12%
APASAAD	24,18	22,57	21,68	22,31	-8%
CCAS Besançon	40,60	44,13	27,42	26,46	-35%
CCAS Montbéliard	27,99	20,23	20,33	23,17	-17%
CCAS Pont-de-Roide	37,98	20,28	19,48	21,64	-43%
Moyenne	26,28	26,85	22,71	23,29	-11%
Variance	39,5	49,1	5,9	2,4	-94%

Source : CRC à partir des données communiquées par le département du Doubs.

En ne les intégrant pas dans les critères de répartition de l'enveloppe, le CPOM a de facto contraint les services prestataires à faire converger leurs frais de structure⁷². Cet objectif de convergence ne fait toutefois pas l'unanimité, certains SAAD s'interrogeant sur sa pertinence. S'agissant des ressources humaines, premier poste de dépenses, l'évolution des ETP⁷³ annuels rapportés à l'activité (les heures d'intervention réalisées à domicile), montre des gains de productivité sur l'ensemble des structures entre 2012 et 2013, de 3 % environ. Cette évolution est conforme aux attentes du département⁷⁴.

Evolution du ratio ETP / heures d'intervention réalisées hors CCAS de Besançon entre 2010 et 2013

	2012	2013	Evolution 2012-13
ETP totaux	931,93	961,11	3%
Heures réalisées	1 105 327	1 179 498	7%
Heures réalisées / ETP	1 186	1 227	3%

Source : CRC à partir des données communiquées par le département du Doubs.⁷⁵

⁷² « Le CPOM a effectivement posé le principe de convergence des charges fixes [...] Aujourd'hui, la convergence de ses charges fixes est complète puisque ces charges ne rentrent pas dans la répartition de l'enveloppe » note le département dans le compte-rendu du 4ème Copil 12 juin 2013.

⁷³ Selon le tableau des ETP fournis par le CG 25 pour 2012 et 2013 (hors CCAS de Besançon non renseigné en 2013).

⁷⁴ Lors du 3ème Copil du 10 juillet 2012, le département rappelait la nécessité de repenser « l'organisation interne du travail » : « La souplesse introduite dans les CPOM va permettre de repenser les organisations de manière plus cohérente pour les salariés. (...) diminuer les amplitudes de travail trop large et l'usure des salariées ; - travailler les plannings pour les rendre cohérents dans le temps et réduire entre autre les problèmes de garde des enfants ; [...] »

⁷⁵ On constate une hausse globale des ETP toutes catégories confondues de 3 % entre 2012 et 2013, hors CCAS de Besançon, principalement liée à la hausse des effectifs d'intervention (essentiellement de catégorie intermédiaire B).

Toutefois, cette relative convergence des coûts horaires s'est réalisée au prix de déficits d'exploitation annuels réguliers pour les services autorisés, en raison de la moindre croissance de leurs recettes.

**Evolution du résultat annuel⁷⁶ de chacune des 9 structures sur
le centre de coût SAAD APA entre 2010 et 2013**

Résultat financier structures	2010	2011	2012	2013	évolution 2011- 2013
ELIAD (ex ASSAAD)	59 758	- 34 477	- 161 920	- 26 774	- 223 171
ADMR	777 678	457 213	751 256	548 703	1 757 172
AFPAD	- 112 805	- 99 279	- 15 339	- 61 861	- 176 479
SOLICITES (ex AAPA)	- 83 600	13 372	4 005	- 1 921	15 456
AFL	- 1 709	- 65 220	- 19 996	- 9 813	- 95 029
APASAAD	- 39 370	- 55 849	- 30 494	- 22 813	- 109 156
CCAS Besançon	- 102 158	- 61 647	- 244 542	- 60 093	- 366 282
CCAS Montbéliard	5 908	11 449	- 8 403	- 32 265	- 29 219
CCAS Pont-de-Roide	3 336	66 528	- 3 098	33 398	96 828
Total	507 038	232 090	271 469	366 561	870 120

Source : département du Doubs.

Les déficits, particulièrement élevés en 2012 s'agissant d'ELIAD et du CCAS de Besançon (malgré la reprise exceptionnelle du déficit de 2011 par le département), se réduisent globalement en 2013.

Exception notable, la fédération des ADMR dégage chaque année un résultat positif, de 500 à 800 K€, très largement supérieur aux résultats des 8 autres services, représentant entre 5 et 10 % de sa dotation annuelle entre 2010 et 2013.

Seuls les CCAS de Montbéliard et Pont-de-Roide dégagent des résultats positifs en 2010 et 2011 mais dans des proportions moindres, à l'exception du second⁷⁷ en 2012.

Par comparaison, les résultats de 7 des 9 services sont négatifs en 2012 et 2013, pour des montants représentant jusqu'à 5 % de la dotation.

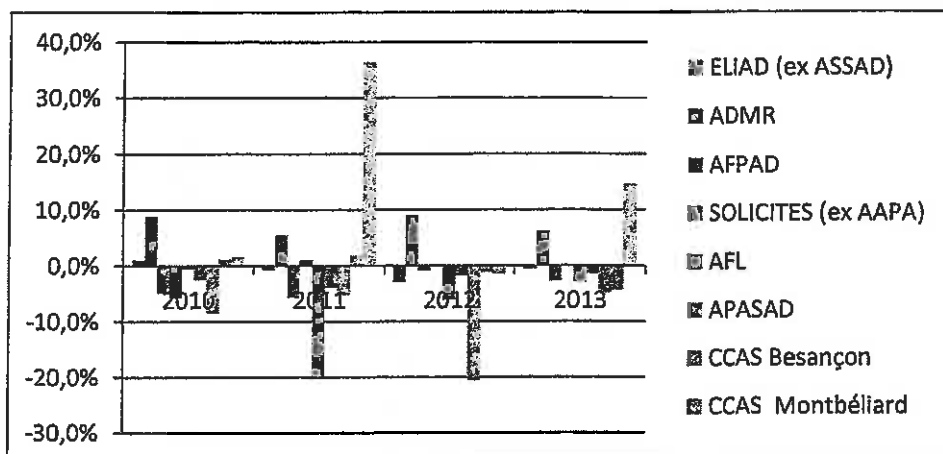
En valeur absolue l'excédent enregistré par la seule fédération des ADMR sur ces trois années est deux fois supérieur au déficit des 8 autres structures sur la même période : sans la fédération des ADMR, les 8 autres SAAD engagés dans le CPOM dégagent sur 2011-2013 un déficit de 900 K€.

⁷⁶ Les résultats annuels intègrent ce que le rapport indique plus en amont au point « 4.2.2.2. La répartition de l'enveloppe » :

- le département a soldé les résultats déficitaires résultant de la tarification antérieure à 2011, lors du démarrage de l'expérimentation. Cette mesure a concerné 6 services pour 1 091 993,67 € ;
- le département a dérogé à la règle de non compensation des déficits posée à partir de 2011, en compensant, à titre exceptionnel en 2012, les déficits constatés à la fin de 2011, pour 479 614 € pour 6 services.

⁷⁷ Rapporté également à sa dotation, le CCAS de Pont-de-Roide dégage un résultat représentant près de 40 % de la dotation.

**Evolution du résultat annuel réalisé sur le centre de coût APA entre 2010 et 2013
par chaque structure, rapporté au montant de la dotation
APA versée par le département pour chaque structure**



Source : CRC à partir des données communiquées par le département du Doubs.

4.3.3.2. La surcompensation dans le cadre du CPOM

Alors que la fédération des ADMR dégagait des excédents conséquents et croissants de 2010 à 2013, les arbitrages successifs d'ajustement de la dotation annuelle n'ont pas conduit à une réduction de ces excédents.

A l'exception notable de celle de 2011, la dotation attribuée à l'issue des arbitrages in fine à la fédération des ADMR est systématiquement supérieure à celle calculée après application des critères de pondération et ce en dépit des excédents dégagés les années précédentes par cette association.

**Evolution comparée des dotations
avant et après arbitrage avec le résultat du centre de coût de l'activité d'aide à
domicile de l'ADMR financée par l'APA de 2011 à 2014**

Années	Dotations calculées	Dotations arbitrées	Ecart	Dotations versée	Résultat N-1	Résultat N
2011	8 714 567,22	8 674 000,0	- 40 567,22	9 024 171,42	777 678	457 213
2012	8 205 980,8	8 279 941,8	73 960,97	8 318 039,00	457 213	751 257
2013	8 258 170,86	8 714 855,0	456 724,38	8 819 484,00	751 257	548 703
2014	8 224 514,69	8 552 874,33	328 359,64		548 703	

Source : département du Doubs.

Le département indique n'avoir réagi à la surcompensation de la fédération des ADMR qu'à l'issue du 3^{ème} exercice du CPOM, en 2014. Comme il l'indique, « l'arbitrage a rééquilibré en amorçant une baisse importante de la dotation pour prendre en compte l'excédent de la structure sans pénaliser les recrutements en cours et futurs recrutements. »

La fédération des ADMR s'est engagée auprès du département à créer 8 emplois⁷⁸ en 2014 et indiquait réfléchir également à l'instauration d'un régime d'astreinte pour les interventions du week-end et des jours fériés.

En 2011, le département avait pourtant déjà contraint la fédération des ADMR, dans le cadre du régime antérieur de tarification, à réinvestir une partie de l'excédent réalisé en 2010, à hauteur de 241 K€, dans la réorganisation du service (115 K€), dans la convention collective en faveur des personnels (prise en charge mutuelle pour 126 K€) et, pour le solde, à la couverture du résultat déficitaire de 2009.

Or, force est de constater qu'en 2014, si le nouveau mode de calcul de la dotation la réduit de 34 K€ par rapport à la dotation calculée de 2013, de nouveau l'arbitrage in fine (de fait un arbitrage politique) annule cette réduction portant la ressource garantie à l'ADMR à 8 552 874 €, soit un écart de + 328 K€ : cet arbitrage marque cependant un pas puisque la dotation arbitrée est inférieure de 162 K€ à celle de 2013.

Faute de disposition inscrite dans le CPOM relative aux modalités de récupération des éventuelles surcompensations et aux moyens d'éviter ces surcompensations, le département n'a pas tenu compte des excédents importants réalisés par la fédération des ADMR dans la détermination de sa dotation forfaitaire ni dans les arbitrages in fine.

Le département a ainsi surcompensé la fédération des ADMR de près de 1,8 M€ sur 3 ans entre 2011 et 2013 inclus. Ce sont autant de crédits en moins dans les caisses du département, représentant entre 2,5 % et 3,5 % du montant total d'APA versée aux SAAD entre 2010 et 2013.

L'ADMR conteste avoir été surcompensée et justifie ses résultats par la reprise des déficits antérieurs à 2011. Toutefois, la chambre relève que la somme versée en 2011 par le département à la fédération au titre de la reprise du solde des résultats déficitaires de 2008 et 2009⁷⁹ s'est élevée à 166 992,56 € : aussi, quelle qu'ait été l'ampleur des déficits antérieurs, les « effets des mécanismes de correction » de ceux-ci ne suffisent à expliquer la surcompensation constatée par la chambre.

La Chambre a calculé que les excédents réalisés par la fédération des ADMR représentaient l'équivalent de 96 à 163 plans d'aide, sur la base d'un montant moyen annuel entre 2011 et 2013.

Années	Excédent ADMR(1)	Montant moyen plan d'aide	Nombre plans d'aide
2011	457 213	395	96
2012	751 256	384	163
2013	548 703	381	120

(1) : « sur le centre de coût de l'activité d'aide à domicile de l'ADMR financée par l'APA de 2011 à 2014 ».

Source : CRC à partir des données communiquées par le département du Doubs.

⁷⁸ Selon le courriel du directeur fédéral de la fédération des ADMR à la direction de l'autonomie : « 2 ETP d'assistants au responsable de secteur (déjà engagé sur 2014), 2 ETP de secrétariat administratif local (déjà engagé sur 2014), 2 ETP de soutien transversal aux employeurs associatifs : qualité et prévention/hygiène/ sécurité au travail (à venir) et 2 ETP de soutien aux équipes opérationnels : supervision des équipes et évaluation de la qualité de travail en situation (à venir) ».

⁷⁹ La Fédération n'est plus déficitaire à partir de 2010.

Il est indispensable que le département mette un terme à cette situation qui apparaît disproportionnée, tant au regard du droit communautaire en matière de mandatement, que de la finalité des fonds publics qui alimentent les excédents constitués par cette fédération d'associations locales à but non lucratif, dont le fonctionnement repose en partie sur le bénévolat.

La fédération de l'ADMR du Doubs a fait valoir en réponse à la chambre que l'amélioration de ses résultats s'expliquait par la stratégie budgétaire mise en place à l'occasion du CPOM, qui a consisté, après une restructuration interne préalable, en la reconstitution de ses marges de manœuvre en vue d'un redéploiement de ses moyens pour accompagner les personnes aidées.

4.3.4. Conséquence de la forfaitisation, une hausse de la participation horaire pour les bénéficiaires

4.3.4.1. La hausse de moins d'un euro de la participation horaire moyenne des bénéficiaires

Evolution de la participation horaire moyenne des bénéficiaires de 2010 à 2013

Participation moyenne horaire usager	2010	2011	2012	2013	évolution	variation
ELIAD (ex ASSAAD)	3,13	3,41	3,99	4,18	1,05	34%
ADMR	2,52	2,76	2,86	3,13	0,61	24%
AFPAD	3,11	3,08	3,60	3,89	0,78	25%
SOLICITES (ex AAPA)	3,22	3,37	4,17	4,59	1,37	42%
AFL	3,36	3,47	3,82	4,81	1,45	43%
APASAAD	3,35	3,39	3,74	3,88	0,53	16%
CCAS Besançon	3,22	3,42	4,08	4,40	1,18	37%
CCAS Montbéliard	2,71	3,66	4,53	4,72	2,01	74%
CCAS Pont-de-Roide	3,04	2,73	3,43	3,74	0,70	23%
Moyenne	2,90	3,12	3,53	3,81	0,91	31%
Variations annuelles		8%	13%	8%		

Source : CRC à partir des données communiquées par le département du Doubs.

Depuis la mise en œuvre du CPOM, la participation horaire des bénéficiaires a progressé de 31 %, soit de 91 centimes, alors que la prise en charge horaire moyenne par l'APA à domicile baisse de 8 %.

Cette hausse du coût horaire moyen pour l'usager varie d'une structure à l'autre : 16 % pour l'APASAAD et 74 % pour le CCAS de Montbéliard.

Compte-tenu de l'évolution des retraites entre 2010 et 2013, le facteur revenu joue peu ou pas, même si le département a mis en place un contrôle systématique des ressources à partir de 2010⁸⁰.

⁸⁰ En vérifiant le niveau de ressources des bénéficiaires à l'occasion de chaque révision et en prenant en compte les pensions de réversion pour les personnes âgées se retrouvant en situation de veuvage.

En fait, la forfaitisation mensuelle des plans d'aide augmente mécaniquement la participation horaire du bénéficiaire : elle est calculée sur le volume total du plan d'aide et non sur le réalisé, soit l'intégralité des heures prévues au plan d'aide, quel que soit leur niveau de consommation.

Enfin, en 2013, le département ayant relevé le tarif de référence, qui sert de base de calcul à la participation du bénéficiaire, de 18,50 € à 19,50 € (soit une hausse de 5,4 %), il a de facto augmenté cette participation⁸¹.

4.3.4.2. Les bénéficiaires restent très largement satisfaits

Le département a observé que la forfaitisation et la hausse consécutive de leur participation n'avait pas entraîné de réclamation de la part de bénéficiaires. Dans l'ensemble, il semble qu'ils se soient peu manifestés.

Fin 2011, quelques semaines après la bascule des bénéficiaires dans le CPOM, certains prestataires notaient que l'incompréhension de la part des bénéficiaires et des familles ne concernait qu'une part minime d'entre eux⁸².

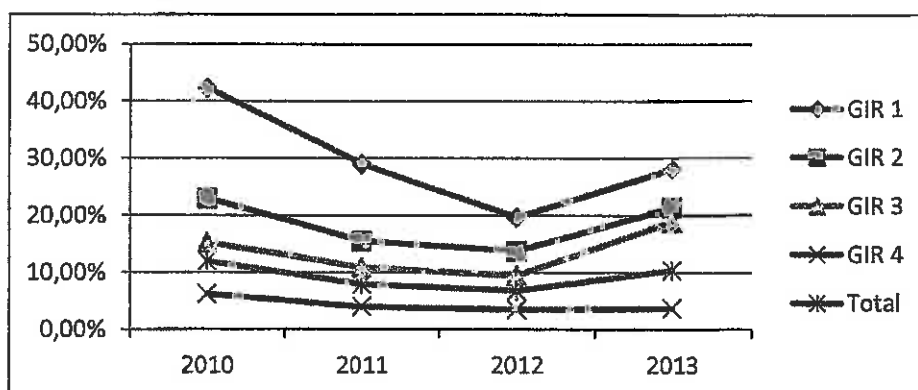
Près de deux ans après, le département notait à l'occasion du 4ème Copil du 12 juin 2013 que « sur le plan de la satisfaction des usagers, il demeure un pourcentage assez faible d'usagers pour lesquels il convient d'insister sur l'explication du dispositif ».

D'une part, la forfaitisation représente une garantie pour l'entourage et la famille d'une intervention adaptée au domicile sans autorisation préalable du département.

D'autre part, lors du transfert des dossiers d'APA en CPOM au 1^{er} octobre 2011, le département a pris soin - lorsque l'écart constaté entre le nombre d'heures initial et les heures actuellement réalisées est trop important - de revoir tous les plans d'aide afin d'adapter leur plafond à la consommation moyenne réelle du bénéficiaire.

En outre, le CPOM grâce à la forfaitisation a permis de réduire très sensiblement de 2010 à 2012, la part des plans d'aide saturés⁸³, surtout des GIR 1.

Evolution de la part des plans d'aide à domicile saturés entre 2010 et 2013



Source : département du Doubs.

⁸¹ Lors du 4ème Copil 12 juin 2013 : le département souligne que « pour une augmentation de 1 € de tarif de référence, l'impact moyen pour l'utilisateur a été évalué à 0,18€ »

⁸² Ils notaient selon le CR de la 3ème réunion technique du 12/12/2011 que « ce sont toujours les mêmes bénéficiaires qui se manifestent, ces usagers ont sollicité une révision de leur plan d'aide à la baisse ».

⁸³ Ce sont les plans d'aide nécessitant un nombre d'heures supérieur à ce que permet le plafond légal prévu pour les plans d'aide par GIR.

Le rebond de 2013 s'explique par le relèvement du tarif de référence, qui sert de base de calcul à la participation du bénéficiaire et qui, compte-tenu de la faible évolution des plafonds des plans d'aide, diminue le nombre d'heures d'intervention par plan et accroît mécaniquement la proportion de plans saturés.

L'enquête de satisfaction réalisée en octobre 2013 par le département auprès de 4 500 personnes âgées dépendantes bénéficiaires (avec un taux de retour très élevé de 62 %) révèle un important taux de satisfaction : environ 90% en général, et 57 % de satisfaction s'agissant de la mise en œuvre du CPOM (avec 31 % de non réponse s'agissant de cet item).

4.3.4.3. Les délais d'instruction des plans d'aide demeurent supérieurs à la norme légale

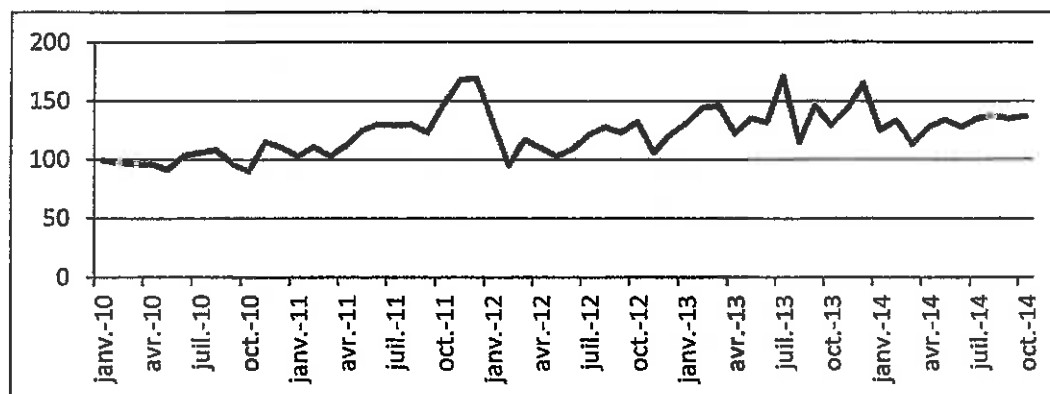
S'agissant des premières demandes d'APA, le département enregistre depuis 2010 un délai moyen d'instruction des premières demandes d'APA à domicile bien supérieur au délai légal de 2 mois après le dépôt du dossier complet.

Malgré la hausse parallèle des effectifs et des demandes, le département explique ces retards par l'évolution des dispositifs depuis 2010, avec la mise en place du contrôle des ressources et le paiement des frais autres sur justificatifs.

En outre, l'introduction du PII, dont le retour signé par le bénéficiaire conditionne la notification du plan d'aide, entraîne des délais supplémentaires.

Le département a sensibilisé les SAAD et mis en place des procédures d'alerte fin 2013 au sein de ses propres services, qui ont commencé à réduire ces délais : après avoir évolué jusqu'à 160 jours, le délai moyen s'est stabilisé à 130 jours depuis début 2014. De la même façon, la part des dossiers de premières demandes traitées dans le délai légal de 60 jours ré augmentent depuis fin 2013. Egalement instruites bien au-delà des 60 jours légaux, les demandes de révision enregistrent une baisse du délai global de traitement depuis début 2014.

Evolution du délai moyen mensuel d'instruction des premières demandes d'APA à domicile, familles d'accueil, petites structures



Source : département du Doubs.

Le département doit poursuivre ses efforts pour aboutir à un délai global de traitement des premières demandes plus raisonnable.

Il envisage trois actions pour y parvenir :

- inscrire dans le prochain CPOM l'obligation pour les prestataires de récupérer auprès des bénéficiaires les plans d'aide et les plans individuels d'intervention signés, afin de les renvoyer dans des délais raisonnables aux pôles handicap et dépendance ;

- équiper les travailleurs médico-sociaux de tablettes numériques (en lien avec le projet de dématérialisation des dossiers d'APA et de PCH dans le SDOSM 2013 – 2017, conjuguée à la polyvalence des agents instructeurs) afin d'éviter la ressaisie des plans d'aide après l'évaluation ;
- évaluer et analyser la charge de travail actuelle et effective des agents au regard des évolutions organisationnelles et du contexte réglementaire (création de la Maison départementale de l'autonomie, ...).

Le département précise que le traitement opérationnel des plans d'aide est déconnecté du délai d'instruction administratif, les interventions pouvant démarrer sans attendre le terme de ce délai, dès l'accord de la personne âgées concernée. Dans le cas où finalement la commission d'attribution de l'APA émet un avis défavorable, le département s'est engagé auprès des SAAD à régler les heures effectuées.

La chambre recommande au département de veiller au respect du délai légal de traitement des premières demandes d'APA.

4.4. L'évaluation par rapport aux objectifs à 3 ans fixés par le CPOM

4.4.1. Des objectifs atteints s'agissant de l'activité et des dépenses

En 2011, l'annexe 1 de chacun des 9 CPOM précisait l'objectif à atteindre en 3 ans (sans taux directeur et à périmètre législatif constant). La Chambre a rapproché les résultats obtenus en 2013 par chaque SAAD avec les trois objectifs fixés mi-2011.

Situation actuelle au 22/07/2011 de financement	Heures prévus. 2011	Objectifs à 3 ans annexe CPOM 2011			Réalisation au 31 décembre 2013			Ecart objectifs 3 ans et réalisé (2,5 ans)		
		Nbre heures avec coef ⁸⁴	Enveloppe CPOM annuelle	Tx horaire APA versé CG 25	Nbre heures réalisés	Enveloppe CPOM annuelle	Taux horaire APA versé CG 25	Evol. Nbre heures Réalis. 2013 et prévu 2011	Env CPOM an	Taux horaire APA versé CG 25
ELIAD (ex ASSAAD)	279 270	324 322	5 211 305	16,07	287 422	5 535 242	19,26	3%	6%	20%
ADMR	468 330	542 345	8 714 567	16,07	473 319	8 819 484	18,63	1%	1%	16%
AFPAD	100 000	110 928	1 782 426	16,07	124 499	2 294 541	18,43	24%	29%	15%
SOLICITES (ex AAPA)	80 100	86 393	1 388 184	16,07	115 608	1 999 068	17,29	44%	44%	8%
AFL	19 400	20 815	334 456	16,07	18 854	335 990	17,82	-3%	0%	11%
APASAAD	90 900	100 788	1 619 495	16,07	96 175	1 652 341	17,18	6%	2%	7%
CCAS Besançon	70 500	75 314	1 210 165	16,07	72 992	1 248 114	17,10	4%	3%	6%
CCAS Montbéliard	41 000	40 105	644 413	16,07	49 854	745 094	14,95	22%	16%	-7%
CCAS Pont-de-Roide	11 500	12 135	194 989	16,07	13 767	228 131	16,57	20%	17%	3%
Total	1 161 000	1 313 145	21 100 000	16,07	1 252 490	22 858 005	18,25	7,9%	8,3%	14%
						Sans Gardenia (1 M d'heures)		2,7%	3,1%	

Source : Annexes 1 des CPOM signés par le département du Doubs avec chaque SAAD en 2011

⁸⁴ Comme précisé par le département, le nombre d'heures avec coefficient de 2011, figurant dans le tableau intitulé « Objectifs à atteindre à 3 ans » en annexe de chaque CPOM n'a pas d'autre finalité que répartir l'enveloppe globale dédiée à l'APA à domicile. Il n'indique en rien l'objectif fixé aux SAAD en termes d'activités.

L'enveloppe annuelle d'APA est relativement contenue (avec une différence de 8 % en plus) : les structures intervenant sur l'est du département ont largement dépassé l'objectif en raison de leur plus forte activité liée à la reprise de Gardenia ; à l'inverse les deux plus importants services (ADMR et ELIAD) et le CCAS de Besançon ont quasiment respecté l'objectif. Sans Gardenia, l'écart aurait été réduit à seulement 3 %.

Le nombre d'heures d'intervention réalisées en 2013 évolue par rapport au nombre d'heures prévisionnelles de 2011 comme l'enveloppe financière entre 2013 et l'objectif 2011, avec ou sans la reprise des activités du prestataire agréé Gardenia (respectivement autour de 8 et de 3%).

Le taux horaire moyen d'APA est supérieur de 14 % au tarif horaire unique fixé en 2011 (16,07 €) avec des évolutions différenciées :

- des écarts importants (de 15 à 20 %) pour les trois plus importantes structures (plus de 100 000 heures d'intervention annuelles) ;
- des écarts plus modérés pour les organismes publics et les 2 petites structures : seul le CCAS de Montbéliard affiche un taux horaire inférieur de 7 % à l'objectif fixé.

L'objectif de maîtrise des dépenses est globalement atteint. En revanche, les taux horaires moyens d'APA restent supérieurs aux taux cibles, avec des différences très significatives entre organismes publics et grandes structures.

4.4.2. La convergence de la participation horaire moyenne du département : un objectif à relativiser au regard de l'hétérogénéité des situations économiques et juridiques des structures d'aide à domicile

La convergence de la participation horaire moyenne du département (c'est-à-dire de la dotation horaire moyenne d'APA versée par le département) était implicitement l'un des objectifs du CPOM⁸⁵.

Elle n'a pas été réalisée : une certaine divergence subsiste entre SAAD de nature et de taille différentes malgré une moindre dispersion entre les 9 structures des participations horaires moyennes du département entre 2010 et 2013 (variance⁸⁶ divisée par quatre).

⁸⁵ Dans son article 7 relatif aux procédures liées aux documents budgétaires, le CPOM indique que « pendant la durée du CPOM, les services départementaux continueront à examiner les comptes administratifs et à traiter les indicateurs budgétaires en vue de calculer les moyennes permettant la convergence tarifaire. » Or, la participation horaire moyenne du département constitue la part la plus importante du tarif par structure, c'est à dire de son taux horaire, constitué également de la participation horaire des bénéficiaires.

⁸⁶ On recourt à la variance, mesure permettant de caractériser la dispersion d'un échantillon ou d'une distribution. Elle indique de quelle manière la série statistique ou la variable aléatoire se disperse autour de sa moyenne.

Evolution des participations horaires moyennes du département / d'APA versé par le département aux SAAD

Taux horaire moyen APA	2010	2011	2012	2013	évolution
ELIAD (ex ASSAAD)	20,39	18,98	19,49	19,26	-6%
ADMR	18,65	18,52	18,44	18,63	0%
AFFPAD	23,21	18,20	18,66	18,43	-21%
SOLICITES (ex AAPA)	18,26	17,48	17,82	17,29	-5%
AFL	15,14	17,27	17,89	17,82	18%
APASAAD	17,28	16,72	17,26	17,18	-1%
CCAS Besançon	17,02	17,45	17,49	17,10	0%
CCAS Montbéliard	13,51	15,56	15,58	14,95	11%
CCAS Pont-de-Roide	18,20	15,91	17,01	16,57	-9%
Moyenne	18,98	18,17	18,37	18,25	-4%
Variance	7,0	1,2	1,1	1,4	-79%

Source : CRC à partir des données communiquées par le département du Doubs.

En 2010, la participation horaire moyenne du département résulte du ratio entre dotation totale d'APA versée et nombre total d'heures réalisées.

Dans un système à enveloppe fermée, la convergence des participations horaires moyennes du département ne peut être recherchée qu'à partir de celle des coûts moyens.

Si la détermination du forfait intègre des critères de contrainte (comme le GMP, les frais de transport), les charges des services, à commencer par les frais de structure, dont le critère de convergence avait pourtant été initialement prévu au CPOM, n'ont pas été prises en compte.

Or, les services d'aide à domicile ayant contractualisé avec le département appartiennent à des catégories juridiques distinctes et relèvent de modèles économiques différents, ce dont le système de tarification ne tient pas compte.

De tailles très diverses, les 9 structures appartiennent à deux catégories :

- les associations à but non lucratif : certaines affiliées à des fédérations nationales d'aide à domicile comme ELIAD affiliée à l'UNA⁸⁷ (qui intervient également sur le département voisin de la Haute-Saône) et la fédération des ADMR ; et d'autres non affiliées ;
- des centres communaux d'action sociale

Activité de main d'œuvre, les dépenses des SAAD sont constituées essentiellement par des frais de personnels. Le rapport d'information parlementaire de juin 2014 du Sénat relatif à l'aide à domicile auprès des publics fragiles⁸⁸, souligne « la diversité des situations emporte des différences, notamment en termes de rémunération ou d'organisation du temps de travail, qui influent sur la situation des personnels », comparant notamment le CCAS et les structures privées à but non lucratif⁸⁹.

⁸⁷ Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles

⁸⁸ « L'aide à domicile auprès des publics fragiles : un système à bout de souffle à réformer d'urgence », Rapport d'information n° 575 (2013-2014) de MM. Jean-Marie VANLERENBERGHE et Dominique WATRIN, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 4 juin 2014

⁸⁹ « Dans le secteur privé non lucratif, une convention collective unique est entrée en vigueur le 1er janvier 2012. Pour certains services, tels que ceux gérés par la Croix rouge ou la Fehap, c'est cependant leur propre convention collective qui s'applique. » « Les personnels titulaires des CCAS/CIAS sont quant à eux régis par le statut de la fonction publique territoriale ».

Si la convention collective de l'aide à domicile impose à toutes les structures de rémunérer les temps et frais de déplacement, les différences de cultures de fonctionnement - tradition de bénévolat pour certaines, culture de professionnalisation des personnels pour d'autres - ont une influence certaine sur l'organisation de l'encadrement.

A partir de données relatives aux emplois à temps plein (ETP) fournies par le département⁹⁰, la Chambre a réalisé la décomposition globale et par SAAD des ETP entre les différentes fonctions de personnels (intervention, encadrement et direction).

Les ETP d'intervention représentent 91,5 % des effectifs totaux, alors que la direction et l'encadrement de terrain ne tiennent qu'une place résiduelle équivalente (entre 4 et 4,5 %).

Parmi les personnels d'intervention, les moins qualifiés, catégorie C⁹¹, représentent 46 % ; plus qualifiés, catégorie A⁹², 31 % et les intermédiaires, catégorie B⁹³, 23 % (en 2013 sur les 6 structures associatives – hors les 3 CCAS non renseignés).

La répartition des ETP entre les 3 fonctions (voir annexe 4) fait apparaître des différences notables entre les structures, dont certaines se distinguent par des proportions d'ETP plus fortes pour :

- l'encadrement de terrain : AFL et CCAS de Pont-de-Roide, ELIAD et CCAS de Besançon dans une moindre mesure ;
- le personnel d'intervention : la fédération des ADMR, APASAAD, SOLICITES et CCAS de Montbéliard dans une moindre mesure ;
 - o de catégorie A pour la fédération des ADMR et l'APASAAD ;
 - o de catégorie B pour l'AFPAD et l'AFL ;
 - o de catégorie C pour AFL, ELIAD et SOLICITES dans une moindre mesure.
- la direction et l'administration : AFL et AFPAD ;

La Chambre a également rapporté globalement et par SAAD les ETP par fonction de personnel (encadrement, direction et intervention) aux heures d'intervention à domicile.

L'AFPAD réalise de loin le plus d'heures par ETP d'intervention (SOLICITES également mais dans une moindre mesure) ; a contrario - hors CCAS de Besançon en 2012 – la fédération des ADMR en réalise le moins, ELIAD et le CCAS de Montbéliard se situant dans la moyenne.

Heures d'intervention rapportées aux ETP d'intervention par SAAD en 2013

Evolution	Total ETP intervention		Heures réalisées		Heures / ETP d'intervention	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
ELIAD (ex ASSAAD)	212,95	214,48	285 206	287 422	1 339	1 340
ADMR	373,78	383,63	451 030	473 319	1 207	1 234
AFPAD	67,77	72,99	103 769	124 499	1 531	1 706
SOLICITES (ex AAPA)	72,9	75,93	88 912	115 608	1 220	1 523
AFL	12,79	13,4	18 364	18 854	1 436	1 407
APASAAD	70	71	97 792	96 175	1 397	1 355
CCAS Besançon	63	0	67 958	72 992	1 079	
CCAS Montbéliard	34	38	47 993	49 854	1 412	1 312
CCAS Pont-de-Roide	8,6	9,98	12 261	13 767	1 426	1 379
Total hors CCAS Besançon	852,8	879,4	1 105 327	1 179 498	1 296	1 341

Source : CRC à partir des données communiquées par le département du Doubs.

⁹⁰ Hors CCAS de Besançon pour 2013 car non renseigné

⁹¹ des auxiliaires de vie sociale et des aides médico-psychologiques

⁹² des aides à domicile

⁹³ des employés à domicile

En revanche, la fédération des ADMR et les SAAD présents sur l'est du département réalisent le plus d'heures par ETP d'encadrement de terrain ; c'est le contraire - hors CCAS de Besançon en 2012 - pour ELIAD, le CCAS de Montbéliard et l'AFL qui ont un taux d'encadrement plus élevé.

Heures d'intervention rapportées aux ETP d'encadrement par SAAD en 2013

Evolution	ETP encadrement terrain		Heures réalisées		Heures / ETP d'encadrement	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
ELIAD (ex ASSAAD)	12,72	13,38	285 206	287 422	22 422	21 481
<u>ADMR</u>	13,72	15,15	451 030	473 319	32 874	31 242
<u>AFPAD</u>	3,195	4,11	103 769	124 499	32 479	30 292
<u>SOLICITES (ex AAPA)</u>	3,38	3,43	88 912	115 608	26 305	33 705
<u>AFL</u>	1	1,2	18 364	18 854	18 364	15 712
<u>APASAAD</u>	2,44	2,74	97 792	96 175	40 079	35 100
<u>CCAS Besançon</u>	4,7	0	67 958	72 992	14 459	
<u>CCAS Montbéliard</u>	1,13	1,356	47 993	49 854	42 472	36 765
<u>CCAS Pont-de-Roide</u>	0,51	0,79	12 261	13 767	24 041	17 427
Total hors CCAS Besançon	38,1	42,2	1 105 327	1 179 498	29 015	27 979

Source : CRC à partir des données communiquées par le département du Doubs.

S'agissant des frais de structure, les différences de taille n'offrent pas aux services les mêmes facultés d'organisation ni ne les exposent aux mêmes obligations. Les associations de grande taille (plus de 50 salariés) disposent de services administratifs et techniques compétents, leur permettant de réaliser des économies d'échelle (facturation, paye, comptabilité,...).

Mais elles supportent également des obligations et des charges liées directement au nombre de salariés gérés : financement du comité d'entreprise, réunion du CHSCT par exemple.

Enfin, indépendamment de leur taille, les SAAD relèvent également de régimes fiscaux différents, y compris entre associations. Par exemple, s'agissant du régime d'exonération de la taxe sur les salaires (déterminé par personne morale de droit privé), l'ADMR étant une fédération, chaque petite association qui la compose (une trentaine au total) bénéficie d'un abattement identique (20 K€ en 2014) à celui dont bénéficie une association comme ELIAD ou l'AFPAD.

Dès lors, il semble peu réaliste d'envisager la convergence horaire totale entre structures n'assumant pas les mêmes charges ou régimes fiscaux et sociaux, les mêmes taux d'encadrement, ou les mêmes taux d'heures non productives (le temps de réunions varie d'une structure à l'autre).

5. LES PERSPECTIVES

5.1. La prochaine génération de CPOM

A titre transitoire, le département a prolongé par avenant le dispositif actuel pour 2015, avant de revoir en 2016 les règles d'un nouveau contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens : il souhaite notamment bénéficier de l'évaluation des différentes expérimentations menées par les autres départements.

D'ores et déjà, il envisage deux inflexions majeures pour la prochaine génération de CPOM :

- mieux intégrer les spécificités des différents SAAD dans les tarifs ;
- accepter une certaine divergence tarifaire entre les structures autorisées.

A cet effet, il a engagé une étude interne sur les coûts de revient pour chaque SAAD afin d'identifier les déterminants du tarif horaire moyen de chaque SAAD.

Cette démarche lui permettra de reconsidérer l'objectif de convergence du tarif horaire moyen :

- en prenant en compte les efforts de gestion, de formation et de professionnalisation ;
- en intégrant les différences de modèles économiques des structures.

Il doit remédier aux manquements actuels du CPOM en :

- mentionnant les modalités de récupération des éventuelles surcompensations et les moyens d'éviter les surcompensations comme l'exige le cadre juridique du mandatement,⁹⁴
- déclinant les objectifs opérationnels et les fiches actions pour prendre en compte les critères de performance et de qualité.

Au regard de ces impératifs, deux évolutions sont possibles : achever la déclinaison opérationnelle des objectifs construits en 2011 et la prise en compte des excédents éventuels réalisés par les services.

Le département doit enfin donner de la visibilité à chaque structure quant au mécanisme de détermination de la dotation forfaitaire d'APA.

Si, depuis 2014, la nouvelle bonification de la dotation calculée pour chaque service prend en compte l'organisation du service (avec les taux d'encadrement de proximité, administratifs et les temps collectifs), au même titre que la dépendance et les transports⁹⁵, les critères de performance, pourtant prévus par le CPOM, ne sont toujours pas intégrés de manière opérationnelle : or, les efforts de professionnalisation et de formation des personnels, d'optimisation de la gestion de chacune des structures, constituent un objectif qualitatif essentiel du CPOM.

Compte-tenu de l'hétérogénéité juridique des structures autorisées, il serait utile d'intégrer dans les critères pris en compte pour corriger la répartition historique du nombre d'heures d'intervention entre structures, non seulement des critères de performance mais aussi certaines contraintes des SAAD.

Au titre des contraintes, le critère des frais de transport prête à discussion dans la mesure où leur montant peut dépendre autant de facteurs internes à la structure (l'organisation du service des agents) que de facteurs externes (répartition géographique des lieux d'intervention, accessibilité physique des bénéficiaires). Il pourrait par exemple être remplacé par la densité de la population du territoire couvert.

⁹⁴ Il conviendrait par exemple d'introduire une règle de réduction du forfait de l'année N à 80 ou 90 % du montant des excédents éventuellement réalisés par un SAAD l'année N-1.

⁹⁵ En 2014, le département a opéré une refonte et un rééquilibrage des critères de répartition de l'enveloppe en 2014 : autant de points pour les critères d'organisation (15 points, répartis en encadrements de proximité (6 points), administratif (8 points) et temps collectifs (1 point)) que pour les critères de dépendance et de transport réunis (respectivement 12 et 3 points).

Ainsi le département pourrait réviser les critères de répartition de l'enveloppe en distinguant :

- les critères de contraintes : GMP, densité de la population, régimes fiscal et social d'une part ;
- des critères de performance :
 - de gestion : frais de structure
 - de service : professionnalisation et formation des intervenants, encadrement professionnalisé, qualité d'intervention.

Le poids de chacun des critères pourrait être défini à partir de l'étude de coût, menée par le département sur la base des comptes de l'année 2012.

Il serait également souhaitable de corriger le système de tarification en lui conférant un véritable caractère pluriannuel qui manque, en pratique, au dispositif actuel du CPOM. Il en résulte un manque de visibilité pour les structures qui limite leur capacité à engager des efforts de qualité et de gestion sur plusieurs exercices.

Dans le cadre du mandatement, le CPOM déclinerait ainsi un cahier des charges précis et adapté en contrepartie de la fixation d'un taux pluriannuel dont la trajectoire serait connue sur la période, avec une clause d'évaluation tous les 3 ans sur la base d'un bilan pluriannuel à la fois de l'évolution de la qualité du service rendu et des efforts de gestion réalisés ; le dialogue de gestion permettant de vérifier chaque année la réalisation des engagements fixés par le cahier des charges.

L'ajustement des critères en fonction des contraintes réelles de chaque service et l'adoption d'un taux directeur tenant compte des coûts et des objectifs de performance devraient permettre de répondre aux exigences de la jurisprudence européenne « Altmark » en matière de compensation.

Les structures bénéficieraient d'une visibilité pluriannuelle sur le montant horaire versé au titre de l'APA par le département qui en conserverait également la maîtrise. La connaissance pluri annuelle du montant d'APA horaire est la condition sine qua non pour que les services engagent des efforts de gestion et réalisent des gains de productivité.

5.2. L'expérimentation de rapprochement de l'offre d'aide et de soins à domicile

Dans le prolongement de l'expérimentation du CPOM, le département du Doubs s'est engagé début 2014, avec l'ARS de Franche-Comté et la CPAM du Doubs, dans une nouvelle expérimentation sur 2 ans d'articulation de l'aide et du soin auprès des personnes âgées, de nature à optimiser pour le bénéficiaire comme pour la dépense publique l'intervention à domicile auprès des personnes âgées dépendantes.

5.2.1. Le fonctionnement actuel et ses limites

Conformément à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF), les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), établissements et services sociaux et médico-sociaux assurent au domicile des personnes ou à partir de leur domicile des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels, à l'exclusion des actes de soins réalisés sur prescription médicale, qui relèvent des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Services médico-sociaux, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) interviennent, sur prescription médicale, auprès de personnes âgées de 60 ans ou plus, malades ou dépendantes, ainsi que de personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de maladies chroniques, pour prévenir et retarder la dégradation progressive de l'état des personnes et éviter leur hospitalisation : ils réalisent des soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels.

Ces services sont autorisés par l'agence régionale de santé (ARS) et financés en totalité par les crédits d'assurance-maladie. L'offre de soins est gérée sous forme de places, en nombre limité dans chaque département.

Le département du Doubs dispose d'une offre relativement dense en services de soins infirmiers à domicile.

Taux d'équipement au 1^{er} janvier 2012 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

Taux d'équipement	Doubs	Franche-Comté	France
En places de services de soins à domicile (SSIAD et SPASAAD)	21,7	22,7	19,9

Source : Statistiques et indicateurs de la santé et du social de Franche-Comté ARS 2012

Tout en réalisant des missions différentes, les SAAD et les SSIAD interviennent auprès des mêmes personnes qui peuvent ainsi recevoir dans la même journée la visite d'une aide-soignante et d'une aide à domicile.

Outre la mobilisation de deux personnels et les coûts de gestion induits, cette organisation parallèle des deux services double pour une même personne âgée et sa famille les référents pour l'évaluation de la situation, la mise en place du plan d'aide et son suivi (infirmières et responsables de secteur) et nécessite une coordination entre les services.

En outre, l'accès ou non au SSIAD pour la réalisation de l'aide à la toilette par une personne âgée dépendante et bénéficiaire de l'APA à domicile peut avoir des conséquences sur la réalisation de son plan d'aide⁹⁶.

Enfin, alors qu'un SSIAD peut intervenir sans délai, l'intervention du SAAD est subordonnée à la définition d'un plan d'aide dans le cadre de l'APA.

Le département a précisé que le rapprochement de l'aide et du soin vise bien à soulager les SAAD des interventions les plus lourdes (comme les toilettes des GIR 1 et 2) faute de places en SSIAD.

5.2.2. Le dispositif proposé

Fort de ce constat partagé par des structures gérant des SAAD et des SSIAD, le département avec l'ARS et la CPAM ont souhaité expérimenter sur différents secteurs avec trois associations gérant à la fois un SAAD et un SSIAD une meilleure articulation de ces deux services en limitant les interventions multiples au domicile des personnes âgées dépendantes.

La commission permanente du Conseil général a approuvé le 27 janvier 2014 une convention ayant pour objet de définir un nouveau mode de fonctionnement rapprochant l'aide et le soin à domicile. L'objectif est selon la délibération de démontrer que « *ce nouveau mode d'articulation aboutira à une simplification pour les usagers de ce service et à une optimisation des moyens tant humains que financiers des associations et des financeurs.* »

Il s'agit également pour le département grâce à l'articulation des SSIAD avec les SAAD de développer une politique de prévention et d'alternative à l'hospitalisation : d'une part les soins à domicile coûtent moins cher, d'autre part les sorties d'hospitalisation souvent accélérées constituent des situations difficiles à gérer pour les SAAD.

⁹⁶ Pour la réalisation d'un acte relevant de la compétence du SSIAD, comme l'aide à la toilette, une personne âgée bénéficiaire de l'APA et d'une place en SSIAD est assurée de sa réalisation par un personnel formé et de sa complète prise en charge par l'assurance maladie. Elle peut ainsi consacrer sa dotation APA aux aides de la vie quotidienne (ménage, courses, repas...).

L'article 48-2ème paragraphe de la loi n°2012-1404 de financement de la sécurité sociale pour 2013 prévoit la possibilité de mener « des expérimentations [...] à compter du 1er janvier 2013 et pour une durée n'excédant pas cinq ans, dans le cadre de projets pilotes mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie ».

Sollicitée par l'ARS, l'inscription du département dans ce cadre législatif d'expérimentation nationale de « Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie » dit « PAERPA » n'a pas été retenue. Cependant, l'ARS et le département avaient convenu en amont de mener à bien cette expérimentation quelle que soit la décision.

Les signataires de la convention ont fixé quatre objectifs qui se déclinent concrètement.

Objectifs	Déclinaison opérationnelle
Coordonner les SAAD et les SSIAD	Proposer à la personne âgée un interlocuteur unique SAAD/SSIAD au sein de l'association
Favoriser la coordination entre intervenants de l'aide et du soin	Opérer un rapprochement des personnels, la mutualisation de moyens techniques et administratifs entre SAAD et SSIAD / Créer un SPASAD
Optimiser les prises en charge en SSIAD et en SAAD	Mutualiser à moyens constants, le nombre de personnes prises en charge. Organiser la polyvalence des interventions des aides-soignantes et auxiliaires de vie
Améliorer les conditions de travail (équipes polyvalentes, diminution des déplacements...) et tenter de réduire les risques professionnels et par conséquent le niveau d'absentéisme et de turnover.	Faciliter l'organisation du travail de l'association

Source : convention signée entre le département du Doubs, l'ARS de Franche-Comté, la CPAM du Doubs et le service.

L'article 1er de la convention laisse l'association assez libre d'organiser cette expérimentation « soit par une équipe polyvalente intégrant personnels des SAAD et des SSIAD, soit par une autre modalité permettant le rapprochement ».

Le suivi de l'expérimentation est réalisé par un comité de pilotage (COPIL) qui mobilise l'IREPS (instance régionale d'éducation et de promotion de la santé) chargée de l'évaluation des trois expérimentations.

5.2.3. La nécessité de lever certaines incertitudes

Compte-tenu du caractère récent de l'expérimentation, la Chambre n'est pas en mesure de réaliser un bilan. En revanche, elle relève d'ores et déjà la nécessité de sécuriser juridiquement la polyvalence entre SAAD et SSIAD, au regard notamment de la responsabilité des actes de soins effectués par des aides à domicile.

5.2.3.1. Le cadre juridique

La convention fait référence aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), dont le cadre juridique reste à renforcer. Introduits dans le CASF (D. 312-7) par le décret n° 2004-613 du 25 juin 2004, la circulaire 2005 -111 du 28 février 2005 relatif aux SSIAD précise : « Les services qui assurent les missions d'un SSIAD et d'un SAAD peuvent par arrêté conjoint de l'ARS et du président du Conseil général se voir reconnus juridiquement comme des SPASAD, sous réserve que la continuité des interventions soit assurée. »

La mise en œuvre d'un service unique implique une dérogation aux règles de tarification et de fonctionnement des SSIAD par l'assurance maladie, comme le prévoit le cadre posé par l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 pour l'expérimentation.

Jugeant cette forme juridique limitée et ne permettant pas une véritable coordination des moyens, le président du conseil général et la direction générale de l'ARS n'ont pas signé d'arrêté créant le SPASAD⁹⁷.

La convention signée prévoit d'évoluer vers un SPASAD de 2ème génération dès que les conditions en seront connues. Dans l'attente d'une évolution du dispositif juridique, deux SAAD ELIAD et SOLI-CITES prévoient néanmoins selon le département de s'engager dans une démarche de création de SPASAD.

5.2.3.2. La responsabilité des actes liée à la polyvalence

La convention évoque la possibilité qu' « une aide-soignante [puisse] à la fois réaliser une toilette et prendre en charge le petit-déjeuner de la personne et qu'inversement une auxiliaire de vie [puisse] à la fois préparer le repas et ensuite réaliser une toilette simple en complément de l'aide-soignante ».

Outre les limites posées par le cadre de gestion et de qualification des personnels (existence de deux conventions collectives, différence des diplômes d'aide à domicile et d'aide soignants), la mise en œuvre effective de la polyvalence pose la question du régime de responsabilité de réalisation des actes de soin des personnels des SAAD.

La convention dans son article 3 l'organise ainsi :

- elle liste précisément en annexe les soins d'hygiène et de confort dispensables par des personnels autres que les aides-soignantes,
- elle prévoit l'orientation en priorité des « patients » en direction des personnels des SAAD de niveau V (DEAVS, mention complémentaire aide à domicile, AMP et assistantes de vie aux familles).

Elle dispose plus globalement que les délégations de tâches (notamment pour la réalisation des actes de soin) seront sous la responsabilité d'une infirmière, garante de la qualité et de la sécurité de la prise en charge.

S'agissant des personnels des SSIAD, ils peuvent effectuer les tâches exécutées par les personnels des SAAD, le référentiel métier des aides-soignants comprenant ce type de tâches (selon CR 6ème Copil du 13 décembre 2013).

Nonobstant la levée par le législateur de ces deux questions juridiques, le rapprochement de l'offre d'aide et de soins à domicile ne peut être envisagé qu'au sein d'un même organisme exploitant à la fois un SAAD et un SIAD ; en outre il ne peut être réalisé qu'au profit de personnes âgées présentant des degrés de dépendance les moins lourds.



⁹⁷ Comme indiqué dans le compte-rendu du 6ème comité de pilotage du 13 décembre 2013.

Glossaire

ADESSA : Association départementale d'éducation sanitaire et sociale
 ADF : Association des départements de France
 ADMR : Aide à domicile en milieu rural
 AD-PA : Aide à domicile des personnes âgées
 AFL : Association familles laïques
 AGGIR : Autonomie gérontologie - groupe iso ressources
 AMP : Aide médico psychologique
 ANAH : Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat
 APA : Allocation personnalisée d'autonomie
 APASAAD : Association pour l'aide et le soin à domicile
 APF : Association des paralysés de France
 ARESPA : Association du réseau de santé de proximité et d'appui
 ARS : Agence régionale de santé
 ASH : Aide sociale à l'hébergement
 AVC : Accident vasculaire cérébral
 CARSAT : Caisse d'assurance retraite et santé au travail
 CASF : Code de l'action sociale et des familles
 CCAS : Centre communal d'action sociale
 CESU : Chèques emploi service universel
 CG 25 : Conseil général du Doubs
 CH : Centre hospitalier
 CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
 CHU : Centre hospitalier universitaire
 CJCE : Cour de justice des Communautés Européennes
 CLIC : Centres locaux d'informations et de coordination
 CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse
 CODERPA : Comité départemental des retraités et personnes âgées
 COPIL : Comité de pilotage
 CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
 CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
 CRC : Chambre régionale des comptes
 DEAVS : Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale
 DIRRECTE : Direction régionale des entreprises de la concurrence de la consommation du travail et de l'emploi
 DREES : Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques
 EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
 ELIAD : Ensemble pour le lien, l'innovation et l'accompagnement à domicile
 EMS : Espaces médico - sociaux
 ESA : Equipes spécialisées Alzheimer
 ETP : Emploi temps plein
 FNAAFP-CSF : Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire-
 Confédération syndicale des familles
 FNADEPA : Fédération nationale des associations de direction d'établissement et services
 pour personnes âgées
 FNAPAEF : Fédération nationale des associations et amis de personnes âgées et de leurs
 familles
 FNAQPA : Fédération nationale Avenir et qualité de vie des personnes âgées
 GIE/IMPA : Groupement d'intérêt économique « Ingénierie maintien à domicile des
 personnes âgées »
 GIR : Groupe Iso ressources
 GMP : GIR moyen pondéré

IGAS : Inspection générale de l'action sociale
INSEE : Institut national des statistiques et des études économiques
IREPS : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
JORF : Journal officiel de la République Française
Loi HPST : Loi hôpital patient santé territoires
MAIA : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
MDA : Maison départementale de l'autonomie
MDPH : Maison départementale des personnes handicapées
MSA : Mutualité sociale agricole
NTIC : Nouvelles technologies d'information et de communication
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
PAERPA : Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PCH : Prestation de compensation du handicap
PHD : Pôle handicap dépendance
PII : Plan individuel d'intervention
PRS : Programme régional de santé
RDAS : Règlement départemental d'aide sociale
RGB : Réseau gérontologique de Besançon
RSI : Régime social des indépendants
SAAD : Service d'aide à domicile
SDOSMS : Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale
SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SROSMS : Schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale
SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile
SSIG : Services sociaux d'intérêt général
TFUE : Traitement sur le fonctionnement de l'Union Européenne
UNA : Union nationale de l'aide des soins et des services aux domiciles
UNCASS : Union nationale des centres communaux d'action sociale
UNIOPSS : Union nationale inter fédération des œuvres et organismes privés sanitaires et sociales
URSSAF : Union de recouvrement pour la sécurité sociale et les allocations familiales
USLD : Unité de soins longue durée

Annexe 1

Orientations	Actions transversales	Actions spécifiques au maintien à domicile des personnes âgées
1 - Renforcer la proximité et l'accessibilité des services sur les territoires	<u>Action 2</u> : création d'une maison de l'autonomie <u>Action 4</u> : développer pour l'utilisateur l'accessibilité des services en utilisant les potentialités des TIC	<u>Action 5</u> : doter les professionnels intervenant à domicile d'outils leur permettant d'améliorer les échanges d'information entre eux et l'utilisateur
2 - Valoriser l'utilisateur comme acteur de son projet de vie	<u>Action 7</u> : Organiser la participation et la représentation des usagers dans la conduite et l'évolution des politiques d'action sociale (partenaire CODERPA) <u>Action 9</u> : conforter la proposition faite aux usagers et à leur famille de participer aux réflexions concernant leur accompagnement individuel	
3 - Affirmer l'enjeu de l'inclusion et des solidarités de proximité	<u>Action 11</u> : Mobiliser l'environnement social et familial des personnes pour la mise en place de réseaux et dans une dimension inter générationnelle	<u>Action 15</u> : Mutualiser les ressources existantes pour proposer des animations collectives en milieu rural à destination des personnes dépendantes en lien notamment avec les CCAS, les SAAD et les CLIC (objectif maintenir les liens sociaux des personnes âgées)
4 - Développer les leviers de la prévention		<u>Action 19</u> : réaffirmer les engagements de la collectivité en matière de prévention sur le phénomène du vieillissement auprès des personnes non dépendantes
5 - Favoriser la cohérence et la continuité des accompagnements	<u>Action 22</u> : Développer un panel de solutions adaptées pour les personnes handicapées vieillissantes	
6 - Construire des réponses intermédiaires entre le domicile et les différentes formes d'accueil		<u>Action 25</u> : favoriser les choix de vie autonome des personnes âgées et des personnes handicapées, en développant des solutions alternatives à l'accueil en établissement <u>Action 26</u> : expérimenter le rapprochement entre aide et soin à domicile en alternative à l'hospitalisation ou au placement en établissement

Source : CG 25 – SDOSMS 2013 – 2017

Annexe 2

Typologie des demandes traitées par les CLIC en 2013

CLIC	Besançon		Montbéliard		Pontarlier		Baume-les-Dames	
Accès aux droits	1057	<u>25%</u>	508	<u>35%</u>	204	<u>15%</u>	198	18%
Vie à domicile	538	<u>13%</u>	428	<u>29%</u>	241	<u>17%</u>	358	<u>32%</u>
Structure d'accueil pour PA	124	3%	212	<u>15%</u>	526	<u>38%</u>	48	4%
Offres de soins	146	4%	55	4%	70	5%	427	<u>39%</u>
Sortie d'hospitalisation	54	1%	52	4%	334	<u>24%</u>	29	3%
Sous-total	1919	46%	1255	86%	1375	99%	1060	96%
Divers	2237	54%	202	14%	13	1%	42	4%
Total	4156	100%	1457	100%	1388	100%	1102	100%
Personnes accompagnées ou suivies	473		482		563		730	
Population Personnes âgées*	21 626		32 932		11 722		8 413	
Demandes / population PA	19%		4%		12%		13%	
Personnes accompagnées / population PA	2%		1%		5%		9%	

Source : rapports annuels d'activités des CLIC⁹⁸

⁹⁸ **Accès aux droits** : passage à la retraite, fiscalité, APA, allocation de solidarité aux personnes âgées, aide et protection sociale, aide financière, aide et information administrative ou juridique, protection contre la maltraitance, CESU, handicap, budget.

Vie à domicile : Logement (recherche, accès...), adaptation, au logement, matériel médical, aides à domicile, portage de repas, téléassistance, transports, écoute et soutien, isolement social, loisirs, garde de nuit, aide aux aidants, aide au bricolage / réparation, petit dépannage, organisation du maintien à domicile ;

Structure d'accueil pour personnes âgées : Hébergement temporaire, accueil de jour, accueil de nuit, accueil familial, hébergement permanent ;

Offre de soins : Accompagnement aide médico-psychologique, accompagnement psychologique, soins à domicile, services hospitaliers, consultations gériatriques, réseau de santé, suivi AVC, soins palliatifs, besoins d'écoute ;

Sorties d'hospitalisation : Information, organisation, préparation

Annexe 3

Les structures ayant conventionnées sous CPOM

Structures	Couverture territoriale minimale (selon Annexe 2 CPOM de 2011)
ADMR	378 communes de l'ouest et du centre du Doubs dont chefs-lieux de cantons : Amancey, Clerval, Levier, Maîche, Montbenoît, Morteau, Mouthe, Ornans, Pierrefontaine-les-Varans, Pontarlier, Quingey, Rougemont, le Russey, Valdahon / Vercel-Villedieu-le-Camp
ELIAD ASSAAD	ex 144 communes de l'ouest du Doubs : agglomération de Besançon, Vallée de la Loue autour d'Ornans, canton de Pontarlier, cantons de Rougemont et Roulans en partie
APASAAD	13 communes de l'Aire urbaine (nord) dont Montbéliard, Sochaux – Grand Charmont et communes rurbaines
AFPAD	89 communes de l'est du Doubs dont Pont-de-Roide et Montbéliard (communes rurales et rurbaines)
CCAS Besançon	Commune de Besançon
CCAS Montbéliard	Commune de Montbéliard
SOLICITES	11 communes de l'Aire urbaine (dont Audincourt, Valentigney, communes urbaines et rurbaines du sud et est)
AF	37 communes de l'ouest du département de l'agglomération bisontine, dont Besançon
CCAS Pont-de-Roide	Commune de Pont-de-Roide

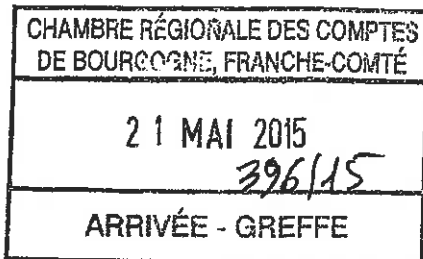
Source : CPOM

21/05/2015

Besançon le **19 MAI 2015**

Christine Bouquin

Présidente du Département



Monsieur le Président
de la Chambre Régionale des Comptes
Bourgogne Franche-Comté
28-30 rue Pasteur
CS 71199
21011 DIJON Cedex

Monsieur le Président,

Le 20 avril 2015, vous m'avez adressé les observations définitives de la chambre régionale des comptes de Bourgogne, Franche-Comté sur la gestion du Département du Doubs, premier cahier relatif aux actions du Département pour le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, et je vous en remercie.

C'est avec beaucoup d'attention que j'ai pris connaissance de ce document dont l'analyse précise et argumentée apporte, à la présidente nouvellement élue que je suis, un éclairage très intéressant sur la politique de l'autonomie menée par le conseil général du Doubs ces cinq dernières années.

Il m'a, en effet, permis d'en repérer les points forts mais également d'appréhender les enjeux qu'il conviendra de lever à l'occasion notamment de la signature dès le 1^{er} janvier 2016, d'un nouveau contrat avec les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) pour la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH).

Je retiens, en premier lieu, que l'expérimentation d'une nouvelle tarification de l'APA lancée en 2011 a atteint une partie importante des objectifs fixés : garantie du service rendu à l'usager au travers du principe de l'abonnement, unanimement apprécié, soutien de l'activité des SAAD et donc de l'emploi dans ces structures, et parallèlement maîtrise des dépenses du département.

La mise en place des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), associée à des contrôles renforcés de l'APA en emploi direct, a effectivement généré une baisse de 7% des dépenses d'APA à domicile quand, dans le même temps, les départements enregistraient au niveau national une hausse moyenne de 7%.

Je prends aussi bonne note des points faibles que vous précisez, et qui démontrent que l'expérimentation doit désormais entrer dans une nouvelle étape qui permettra de consolider ses acquis mais surtout d'engager de nouveaux rapports partenariaux avec les SAAD.

La prochaine génération de CPOM devra préciser notamment les modalités de suivi mises en œuvre lors de l'expérimentation tels par exemple les critères de qualité retenus et s'attacher ainsi à ajuster les dotations en fonction de critères prenant en compte la disparité de gestion et les modèles économiques divers des SAAD.

Je compte bien m'appuyer sur le rapport de la Chambre pour résoudre ces difficultés.

A ce titre, l'ensemble de votre paragraphe 4.1 et vos remarques sur les conditions très rapides de mise en œuvre de l'expérimentation en 2011 me semblent particulièrement intéressants. Ce démarrage sans doute un peu précipité, dès le mois de juillet 2011, n'a pas permis à cette expérimentation d'être très précise sur le droit européen du « mandatement », qui était pourtant son ambition. Pourtant, dès le 20 décembre 2011, une décision de la commission européenne venait préciser singulièrement cette approche.

C'est la raison pour laquelle je souhaite que les prochains CPOM intègrent beaucoup plus qu'aujourd'hui le droit communautaire, en matérialisant les missions de service public confiés aux SAAD mais précisant aussi la « juste compensation » attribuée à chacun d'eux, y compris en termes de récupération des éventuelles surcompensations.

J'ai, enfin pris, acte des recommandations du rapport.

S'agissant du suivi pour chaque service de la redistribution des heures d'un bénéficiaire à un autre, il convient de préciser que les SAAD sont autorisés à moduler le nombre d'heures du plan d'aide, dans la limite de + ou - 10 % et en fonction du besoin de la personne âgée, et en respectant un volume total d'heures à bénéficiaires constants.

Il est bien prévu, au moyen de l'interface que le Département a mis en place avec les systèmes de télégestion des prestataires, de suivre précisément et mensuellement, le nombre d'heures effectuées auprès de chaque personne âgée par rapport au plan d'aide initial.

En ce qui concerne le respect du délai légal de traitement des premières demandes d'APA, j'ai demandé à mes services de me rendre compte, dans les tous prochains mois, des améliorations apportées par les mesures mises en œuvre dès fin 2014 pour réduire ce délai et que je ne manquerai pas de prolonger et renforcer si nécessaire.

Sachez que je serai particulièrement vigilante au respect de ce délai de 60 jours même si, comme cela vous a été précisé, il n'impacte pas la mise en œuvre opérationnelle du plan d'aide auprès de la personne âgée qui en bénéficie, les interventions à son domicile pouvant démarrer sans attendre le terme du délai d'instruction administrative.

Vous souhaitant bonne réception de la présente, je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération très distinguée.

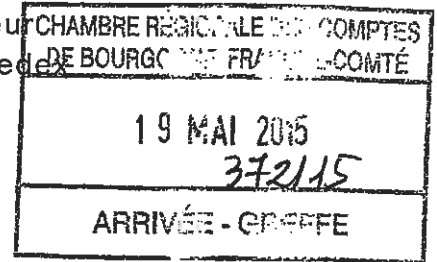

Christine BOUQUIN

19/05/2015

Besançon le 18 MAI 2015

Claude JEANNEROT
Conseiller départemental
Canton de Besançon 6
Ancien Président du Conseil général du Doubs

Monsieur le Président
de la Chambre régionale des comptes
Bourgogne – Franche-Comté
28-30 rue Pasteur
21011 DIJON Cedex



Monsieur le Président,

J'ai pris connaissance avec grand intérêt et dans le détail de votre rapport définitif sur le maintien à domicile des personnes âgées sur le département du Doubs, mené dans le cadre d'une enquête nationale de la Cour des Comptes sur ce sujet.

Dès le lancement de l'expérimentation portée par le Doubs, en juillet 2011, j'avais appelé de mes vœux la mise en place parallèle d'une évaluation auprès de Mme la Ministre Delaunay permettant le suivi de l'ensemble des expérimentations réalisées sur le territoire national. Je lui avais d'ailleurs suggéré de confier cette mission à l'IGAS. Elle en avait retenu le principe.

Le renouvellement gouvernemental de 2013 n'a malheureusement pas permis cet accompagnement, et je me félicite donc que la Cour des Comptes ait décidé de son côté, d'en élaborer un premier bilan couvrant les 2 premières années de cette expérimentation.

Je retrouve bien dans votre rapport les deux idées contenues dans Doubs 2017 et qui traversent toute cette expérimentation,

- d'une part, la volonté exprimée en 2004 d'un rattrapage en terme d'équipements et de places d'accueil pour les personnes âgées dépendantes, et qui a abouti, au travers d'une politique d'aide à la pierre, intégrée à Doubs 2010, puis Doubs 2017 à la création de 499 places et la rénovation de 1 273 places,
- d'autre part, le constat mieux partagé au cours des ans, que « le choix de vie » des personnes âgées dépendantes et de leur famille passait toujours plus par un renforcement et une structuration de l'accompagnement à domicile.

Cette double conviction nous a donc conduits, au sein du projet Doubs 2017, à une double décision :

- l'importance donnée au « parcours d'habitat » pour les personnes âgées, avec le soutien, que vous rappelez, aux travaux d'aménagement des logements, voire au développement, encore ponctuel, d'offres locatives plus adaptées dans le logement social ou sur le marché privé,
- la structuration nécessaire d'un « service public de l'accompagnement à domicile » intégrant, dans un ensemble cohérent, le Département et les services d'aide à domicile, au travers d'une forme juridique adaptée que sont les CPOM/mandatements.

Votre rapport en rappelle bien le cadre juridique novateur et jusqu'ici peu usité dans notre Pays.

S'il nécessitera, à l'évidence, quelques ajustements que vous proposez en termes de dialogue de gestion et de tableau de bord, je prends note avec intérêt des trois remarques-clefs de votre rapport :

- l'augmentation notable du service rendu aux personnes âgées, le ratio entre les heures théoriques des plans d'aide et les heures réellement utilisées par les personnes âgées passant en trois ans de 78 % à 96 %,
- la maîtrise financière globale du Département, cet accroissement du nombre d'heures réalisées ayant pu se faire avec une réduction des crédits alloués,
- la reconnaissance de l'intérêt de la démarche « d'abonnement » pour les personnes âgées et leurs familles, qui a justement permis d'apporter en même temps la certitude du service rendu et la souplesse indispensable à sa mise en œuvre en proximité avec l'utilisateur.

Je me félicite, au-delà de ces constats, que votre démarche d'évaluation permette, dans ce cadre, de proposer de progresser encore sur ces divers points.

J'y serai pour ma part tout à fait sensible, car ces progrès, tels le renforcement des outils de gestion sur la qualité ou la fixation de critères durables de répartition des enveloppes financières constituent des garanties de la pérennisation des choix et des orientations présentées plus haut.

Je reconnais également la pertinence de vos remarques concernant en particulier la question des enveloppes financières versées à l'ADMR et résultat mécanique en effet du système de convergence tarifaire mis en place. C'est pourquoi, je partage, dans les grandes lignes, les perspectives tracées en direction des prochaines générations de CPOM.

Toutefois, rappelons-le, c'est bien notre volonté de convergence financière, assortie des organisations ad hoc, qui a permis concrètement de réaliser les économies constatées et évaluées, comme vous le rappelez, à près de 7 millions d'Euros.

Il convient certes de privilégier la notion de « juste prix » selon l'esprit de la réglementation européenne et, partant, d'accepter une certaine divergence tarifaire qui prenne en compte les différences de modèles économiques entre les structures et qui surtout apporte une reconnaissance aux avantages compétitifs de type qualitatif (professionnalisation, etc....) Pour autant, je le crois, la construction du « service d'intérêt général » que nous appelons de nos vœux et dont votre rapport reconnaît la pertinence ne doit pas déposséder le Département, dans sa position de donneur d'ordre et de financeur, de ses exigences d'optimisation.

Dans ces conditions, la « convergence tarifaire » ne devient plus un objectif en tant que tel : mais elle doit être retenue, me semble-t-il, comme facteur clé de succès dans les futures conventions d'objectifs. Alors, dans cet esprit, la « convergence tarifaire » doit pouvoir être maintenue par la collectivité comme levier pédagogique favorisant entre les

prestataires, la transparence, la qualité et l'optimisation du service et permettant ainsi, pour elle-même, une maîtrise des coûts.

Ainsi cette expérimentation, que votre rapport valide dans sa démarche, et sous réserve des ajustements à prévoir, se trouvera, je l'espère, renforcée et durablement pérennisée, traduisant la volonté partagée des usagers, des organismes signataires des CPOM/mandements, et des collectivités locales, départementales bien sûr, mais aussi communales et intercommunales associées à ce processus.

Je vous prie de bien vouloir agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée *et la plus sincère.*

Claude JEANNEROT
