

N° 575

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2013-2014

Enregistré à la Présidence du Sénat le 4 juin 2014

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la commission des affaires sociales (1) sur l'aide à domicile,

Par MM. Jean-Marie VANLERENBERGHE et Dominique WATRIN,

Sénateurs.

(1) Cette commission est composée de : Mme Annie David, *présidente* ; M. Yves Daudigny, *rapporteur général* ; M. Jacky Le Menn, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Claude Jeannerot, Alain Milon, Mme Isabelle Debré, MM. Jean-Marie Vanlerenberghe, Gilbert Barbier, Mme Catherine Deroche, *vice-présidents* ; Mmes Claire-Lise Campion, Aline Archimbaud, MM. Marc Laménie, Jean-Noël Cardoux, *secrétaires* ; Mme Jacqueline Alquier, M. Jean-Paul Amoudry, Mmes Françoise Boog, Patricia Bordas, Natacha Bouchart, Marie-Thérèse Bruguière, Caroline Cayeux, M. Bernard Cazeau, Mmes Karine Claireaux, Laurence Cohen, Christiane Demontès, MM. Gérard Dériot, Jean Desessard, Mmes Muguette Dini, Anne Emery-Dumas, MM. Guy Fischer, Michel Fontaine, Mme Samia Ghali, M. Bruno Gilles, Mmes Colette Giudicelli, Christiane Hummel, M. Jean-François Husson, Mme Christiane Kammermann, MM. Ronan Kerdraon, Georges Labazée, Jean-Claude Leroy, Gérard Longuet, Hervé Marseille, Mmes Michelle Meunier, Isabelle Pasquet, MM. Louis Pinton, Hervé Poher, Mmes Gisèle Printz, Catherine Procaccia, MM. Henri de Raincourt, Gérard Roche, René-Paul Savary, Mme Patricia Schillinger, MM. François Vendasi, Michel Vergoz, Dominique Watrin.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
SYNTHÈSE	5
LISTE DES PROPOSITIONS	9
AVANT-PROPOS	11
EXPOSÉ GÉNÉRAL	13
I. CONJUGUÉES À UN CONTEXTE ECONOMIQUE TENDU, LES FAIBLESSES STRUCTURELLES DU SECTEUR DE L'AIDE À DOMICILE LE PLACENT AUJOURD'HUI DANS UNE SITUATION PARTICULIÈREMENT DIFFICILE	13
A. UN SECTEUR TRADITIONNELLEMENT ANCRE DANS LE CHAMP DE L'ACTION SOCIALE, CONFRONTE A DES DIFFICULTES FINANCIERES CROISSANTES DEPUIS PLUSIEURS ANNEES	13
1. <i>Des services historiquement portés par les associations, progressivement inclus dans le champ plus large des services à la personne</i>	13
a) La place historique des associations dans le secteur de l'aide à domicile	13
b) Une insertion progressive dans le champ des services à la personne.....	15
2. <i>Des difficultés financières qui se sont accentuées dans les années récentes</i>	17
a) Les explications conjoncturelles à la crise rencontrée par le secteur de l'aide à domicile.....	17
b) Les facteurs structurels	19
B. LA COMPLEXITE ET LES LIMITES DU REGIME JURIDIQUE APPLICABLE AUX SERVICES D'AIDE À DOMICILE	21
1. <i>Les différents modes d'intervention auprès des usagers</i>	21
2. <i>La coexistence de deux procédures de création des services d'aide à domicile</i>	22
3. <i>Des modalités de tarification variables, globalement insuffisantes pour couvrir les coûts supportés par les structures</i>	26
a) Un mode de tarification source de disparités importantes entre les départements et les structures	26
b) Un niveau des tarifs globalement insuffisant.....	27
C. UN SECTEUR QUI PEINE A ÊTRE ATTRACTIF AUPRÈS DES SALARIÉS AINSI QU'À LEUR ASSURER DES CONDITIONS DE TRAVAIL, DE RÉMUNÉRATION ET DES ÉVOLUTIONS DE CARRIÈRE SATISFAISANTES	28
1. <i>Le profil des salariés du secteur de l'aide à domicile</i>	28
a) La part prépondérante des femmes, le faible niveau de qualification et le recours fréquent au temps partiel.....	28
b) Des règles variables selon la nature juridique de la structure dans laquelle travaillent les salariés.....	30
2. <i>Une situation matérielle dégradée et des conditions de travail difficiles</i>	32
a) La précarisation des salariés de l'aide à domicile	32
b) Des conditions de travail tendues	33
c) Un secteur qui continue de souffrir d'un déficit de reconnaissance sociale	35

II. LES ÉVOLUCTIONS DÉJÀ ENGAGÉES DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UNE ÉVALUATION CRITIQUE ET APPROFONDIE ET ÊTRE COMPLÉTÉES PAR D'AUTRES MESURES STRUCTURELLES	37
A. LE RENFORCEMENT DES MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS DES SERVICES D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE.....	37
1. <i>Assurer un soutien accru et durable de l'Etat en faveur du secteur de l'aide à domicile.....</i>	37
a) Les aides ponctuelles déjà apportées.....	37
b) La nécessité d'un effort accru de la part de l'Etat	39
2. <i>Des efforts de mutualisation et de modernisation indispensables pour assurer à la fois la viabilité financière des structures et la qualité des interventions.....</i>	40
3. <i>Lutter contre la précarité des personnels et renforcer l'attractivité des métiers de l'aide à domicile</i>	42
B. AMÉLIORER DURABLEMENT L'ENVIRONNEMENT JURIDIQUE DES SERVICES D'AIDE À DOMICILE	46
1. <i>Garantir une tarification au juste coût et limiter les écarts entre départements.....</i>	46
a) L'expérimentation d'une tarification forfaitaire globale dans le cadre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens	46
b) Les enjeux d'une réforme tarifaire pérenne.....	50
2. <i>Créer les conditions de la mise en place d'un véritable service public de l'autonomie.....</i>	52
a) Substituer au double régime d'autorisation/agrément un dispositif unique et renouvelé d'autorisation des services d'aide à domicile.....	52
b) Assurer une coordination accrue entre les intervenants au domicile	54
TRAVAUX DE LA MISSION.....	57
I. PRÉSENTATION DU RAPPORT D'INFORMATION	57
II. ANNEXE : LE NOMBRE DE STRUCTURES ET D'INTERVENANTS DANS LE SECTEUR DE L'AIDE À DOMICILE AUPRÈS DES PUBLICS FRAGILES.....	75
III. LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LES RAPPORTEURS.....	79

SYNTHÈSE

La commission des affaires sociales a confié à Jean-Marie Vanlerenberghe et Dominique Watrin une mission sur la situation des services d'aide à domicile qui interviennent auprès des personnes handicapées ou âgées en perte d'autonomie.

Depuis plusieurs années, beaucoup de ces structures sont confrontées à une dégradation de leur situation financière qui menace, dans certains cas, leur pérennité. Les difficultés des services d'aide à domicile trouvent une première explication dans la contraction des dépenses publiques et de celles des ménages. Mais cette situation est accentuée par des faiblesses structurelles liées au mode de tarification des services ainsi qu'à leur organisation propre.

Après une vingtaine d'auditions et deux déplacements, les rapporteurs dressent un constat sans appel : il est urgent d'engager rapidement une réforme en profondeur d'un système aujourd'hui à bout de souffle. Les rapporteurs formulent trois séries de recommandations relatives à l'environnement juridique et tarifaire des services, à la situation des personnels ainsi qu'au soutien financier qui doit être apporté par la puissance publique.

1. Refonder l'environnement juridique et tarifaire des services d'aide à domicile

- Historiquement porté par les associations, le secteur de l'aide à domicile s'est progressivement ouvert aux entreprises. La loi dite « Borloo » du 26 juillet 2005 consacre cette évolution et fait de l'aide au domicile des publics fragiles une catégorie d'un champ plus vaste regroupant l'ensemble des services à la personne.

Depuis 2005, coexistent deux modalités de création des services d'aide à domicile. Ils peuvent être **autorisés** pour une durée de quinze ans par le président du conseil général ou se voir délivrer un **agrément**, pour cinq ans, par les services du ministère du travail dans le département. Ces deux procédures correspondent à **des logiques différentes** : soutien à l'emploi pour l'agrément, construction d'une offre de services médico-sociaux adaptée aux besoins identifiés sur les territoires départementaux pour l'autorisation. Complexe et peu lisible, non seulement pour les services mais également pour les usagers, ce mécanisme de droit d'option est jugé très largement insatisfaisant.

- Le système de tarification horaire, différent selon le régime juridique des structures, présente lui aussi des lacunes. Outre qu'ils sont **extrêmement variables selon les départements**, les tarifs sont **globalement insuffisants** pour couvrir l'ensemble des coûts supportés par les services.

Plusieurs départements se sont engagés depuis 2012 dans l'expérimentation d'une tarification sous la forme d'une **dotation globale** dans le cadre de **contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens**. Si le dispositif présente des avantages certains, notamment en ce qu'il vise plus globalement à améliorer la qualité du service rendu auprès des usagers, il doit être évalué rapidement afin que puissent être posées au plus vite les bases d'une réforme tarifaire pérenne.

• Depuis 2004 peuvent être créés des **services polyvalents d'aide et de soins à domicile** (Spasad) regroupant des services d'aide à domicile et des services de soins infirmiers à domicile. Ce type de rapprochement emporte de véritables opportunités en termes de mutualisation et les synergies qui peuvent se créer entre salariés contribuent à améliorer la qualité du service rendu. De telles structures sont en outre indispensables dans une perspective de décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social et d'organisation du parcours de santé des patients.

Pourtant, peu de Spasad ont été mis en place. Il est nécessaire d'évaluer les freins à leur développement pour tracer les pistes d'amélioration du dispositif, en étudiant notamment la façon dont pourrait être assurée la fongibilité des enveloppes de financement.

Les propositions de vos rapporteurs

- Confier, dès 2014, à l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), une évaluation des expérimentations de refondation tarifaires et organisationnelles menées actuellement dans les départements.

- Accélérer la mise en œuvre de l'étude nationale de coûts afin que les résultats de celle-ci soient disponibles dès la fin de l'année 2014.

- Sur la base des expérimentations et de l'étude nationale de coûts, engager dès 2015 une réforme pérenne de la tarification des services d'aide à domicile. Confier à la CNSA le pilotage de la réforme.

- Substituer au double régime de l'autorisation et de l'agrément un seul système d'autorisation rénové.

- Confier à l'Igas une mission d'évaluation du fonctionnement actuel des Spasad pour établir les pistes d'amélioration du dispositif, notamment les modalités selon lesquelles pourrait être assurée la fongibilité des enveloppes de financement.

- Développer des dispositifs pérennes de coordination entre les structures sanitaires et médico-sociales dans lesquels les services d'aide à domicile puissent trouver toute leur place.

2. Améliorer les conditions de travail et de rémunération des salariés et rendre plus attractif le secteur de l'aide à domicile

• La quasi-totalité des intervenants à domicile sont des **femmes**. Plus de 60 % d'entre elles n'ont **aucun diplôme** dans le secteur sanitaire ou social et 70 % travaillent à **temps partiel**. Plus les intervenantes sont qualifiées, plus leur temps de travail est élevé.

• Ces salariées sont dans leur ensemble **faiblement rémunérées**. Dans la branche de l'aide à domicile, le gel du point d'indice depuis le mois d'avril 2009 et la faiblesse du taux d'évolution de la masse salariale conduisent à un tassement des rémunérations au niveau du Smic. Les frais **professionnels**, pourtant nombreux, sont trop peu pris en compte.

• Les **facteurs de pénibilité physique et psychologique**, loin d'être négligeables, peuvent rapidement conduire à des situations d'épuisement ou d'usure prématurée.

Certains facteurs de pénibilité tiennent aux **modalités d'organisation de l'activité**. Les trajets sont nombreux et parfois longs. Bien que le temps partiel soit fréquent, les personnels sont mobilisés sur des plages horaires étendues allant du lever au coucher des personnes accompagnées. Les interventions sont souvent hachées, phénomène renforcé par le système de tarification horaire et la tendance actuelle à la limitation des plans d'aide.

Les **caractéristiques mêmes des métiers** exercés peuvent engendrer certains risques. Les interventions sont solitaires, les stations debout fréquentes et les charges parfois lourdes à porter.

Enfin, la **détérioration de l'état de santé des personnes accompagnées**, qu'elle soit physique ou psychologique, peut également jouer sur la pénibilité ressentie par les intervenants.

- Les conditions de travail peuvent aussi être difficiles lorsque les structures d'aide à domicile ne disposent pas des moyens d'encadrement suffisants pour assurer la correcte application des règles fixées par le code du travail et par les conventions collectives.

Or les contrôles réalisés par l'inspection du travail demeurent peu nombreux. De plus, ni les directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte), dans le cadre de l'agrément, ni les conseils généraux, dans le cadre de l'autorisation, n'assurent un suivi du respect de la réglementation sociale dans la mesure où cette exigence ne figure pas dans les cahiers des charges.

- Enfin, les personnels de l'aide à domicile souffrent du **manque de reconnaissance sociale** de leurs métiers. Intervenir auprès de personnes atteintes de pathologies de plus en plus lourdes et complexes nécessite de disposer d'un savoir-faire et d'un savoir-être suffisants. En particulier, les intervenants à domicile apportent une contribution essentielle à la prévention de la perte d'autonomie et à la détection des premiers signes de fragilité.

Pourtant, l'aide à domicile reste trop souvent considérée comme une forme d'aide-ménagère améliorée, ce qui joue sur **l'attractivité du secteur** ainsi que sur la capacité des structures à fidéliser leurs salariés. Les perspectives d'évolution de carrière sont en outre limitées, notamment en raison de l'absence de passerelles avec d'autres secteurs.

Les propositions de vos rapporteurs

- Renforcer l'attractivité des métiers de l'aide à domicile en poursuivant la mise en place de formations qualifiantes et professionnalisantes ainsi qu'en engageant une réforme des diplômes et certifications applicables dans le secteur.

- Engager une politique structurée de prévention de la pénibilité dans le secteur de l'aide à domicile via la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

- Encourager, tout en respectant l'indépendance des inspecteurs du travail dans l'organisation de leurs tâches, des contrôles plus systématiques dans les structures d'aide à domicile.

- Renforcer les dispositions relatives aux conditions de travail dans les cahiers des charges applicables aux services d'aide à domicile.

3. Renforcer le soutien financier de l'Etat et accélérer les efforts de mutualisation et de modernisation

- Si l'aide à domicile est souvent présentée comme une source importante d'emplois non délocalisables, l'activité est très largement dépendante du degré de solvabilisation apporté par la puissance publique. Or le désengagement progressif de l'Etat dans le financement de l'APA et de la PCH empêche les conseils généraux d'assurer une évolution satisfaisante du niveau des plans d'aide.

De ce point de vue, les **fonds de restructuration** mis en place en 2012 puis 2013 pour venir en aide aux structures les plus en difficulté n'ont apporté qu'une réponse ponctuelle. Les efforts engagés par le **projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement**, s'ils peuvent avoir un effet indirect sur l'activité des services grâce à l'augmentation des plafonds des plans d'aide et à la diminution des certains restes à charge, ne permettent pas de rééquilibrer le financement de l'APA entre l'Etat et les départements.

- L'exigence de **professionnalisation du secteur et d'amélioration de la qualité des interventions** ne peut également s'envisager que si les services d'aide à domicile disposent des moyens financiers suffisants pour assurer à leurs salariés des progressions de carrière satisfaisantes. Très nombreuses sont les structures qui ont engagé au cours des dernières années des politiques de formation ambitieuses. Bénéfiques pour les personnels, la professionnalisation et l'accès aux diplômes du secteur médico-social s'avèrent également indispensables à la qualité de la prise en charge de personnes dont les niveaux de dépendance sont de plus en plus élevés.

Cependant, mises en œuvre isolément, ces mesures conduisent mécaniquement à une augmentation du coût horaire de l'intervention, parfois difficile à intégrer pour les conseils généraux. S'engage alors un cercle vicieux : le service est mis en difficulté si le coût de la professionnalisation n'est pas intégré dans le tarif horaire ; lorsque celui-ci est pris en compte mais qu'en résulte un reste à charge plus élevé pour le bénéficiaire, le nombre d'heures consommées peut alors diminuer et contribuer à dégrader la situation financière du service.

- Pour ces raisons, il est indispensable d'augmenter durablement le soutien de l'Etat. Cela doit passer en particulier par la fixation d'un **tarif national de référence** qui puisse être adapté aux caractéristiques des départements. Le surcoût en résultant pour les départements serait compensé par l'Etat, selon des modalités spécifiques. Parallèlement, les efforts de mutualisation et de modernisation des structures doivent être renforcés.

Les propositions de vos rapporteurs

- Renforcer durablement la participation de l'Etat dans le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) afin d'assurer la solvabilisation et la qualité des interventions des structures d'aide à domicile.

- Sur la base de l'étude nationale de coûts engagée dans le secteur, définir un tarif national de référence de l'APA, modulable suivant les caractéristiques des départements.

- Approfondir et accompagner les efforts de mutualisation et de modernisation engagés par les services d'aide à domicile dans une optique d'amélioration de leur situation financière et de la qualité du service rendu.

LISTE DES PROPOSITIONS

- Renforcer durablement la participation de l'Etat dans le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) afin d'assurer la solvabilisation et la qualité des interventions des structures d'aide à domicile.
- Sur la base de l'étude nationale de coûts engagée dans le secteur, définir un tarif national de référence de l'APA, modulable suivant les caractéristiques des départements.
- Approfondir et accompagner les efforts de mutualisation et de modernisation engagés par les services d'aide à domicile dans une optique d'amélioration de leur situation financière et de la qualité du service rendu.
- Renforcer l'attractivité des métiers de l'aide à domicile en poursuivant la mise en place de formations qualifiantes et professionnalisantes ainsi qu'en engageant une réforme des diplômes et certifications applicables dans le secteur.
- Engager une politique structurée de prévention de la pénibilité dans le secteur de l'aide à domicile via la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).
- Encourager, tout en respectant l'indépendance des inspecteurs du travail dans l'organisation de leurs tâches, des contrôles plus systématiques dans les structures d'aide à domicile.
- Renforcer les dispositions relatives aux conditions de travail dans les cahiers des charges applicables aux services d'aide à domicile.
- Confier dès 2014 à l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) une évaluation des expérimentations de refondation tarifaires et organisationnelles menées actuellement dans les départements.
- Accélérer la mise en œuvre de l'étude nationale de coûts afin que les résultats de celle-ci soient disponibles dès la fin de l'année 2014.
- Sur la base de l'évaluation des expérimentations et de l'étude nationale de coûts, engager dès 2015 une réforme pérenne de la tarification des services d'aide à domicile. Confier à la CNSA le pilotage de la réforme.
- Substituer au double régime de l'autorisation et de l'agrément un seul système d'autorisation rénové.
- Confier à l'Igas une mission d'évaluation du fonctionnement actuel des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) pour établir les pistes d'amélioration du dispositif, notamment les modalités selon lesquelles pourrait être assurée la fongibilité des enveloppes de financement.
- Développer des dispositifs pérennes de coordination entre les structures sanitaires et médico-sociales dans lesquels les services d'aide à domicile puissent trouver toute leur place.

Mesdames, Messieurs,

Depuis plusieurs années, les services d'aide à domicile intervenant auprès des publics fragiles – personnes handicapées et personnes âgées en situation de perte d'autonomie – sont confrontés à une dégradation de leur situation financière dont la commission des affaires sociales a souhaité mieux comprendre les enjeux. Après une vingtaine d'auditions, une table ronde ayant rassemblé l'ensemble des syndicats de salariés représentatifs de la branche de l'aide à domicile et deux déplacements, le premier en Haute-Loire, le second dans le Val-de-Marne, le constat dressé par vos rapporteurs est sans appel : il est urgent d'agir pour réformer en profondeur un système aujourd'hui à bout de souffle.

Les difficultés rencontrées par les services d'aide à domicile, si elles ont une explication conjoncturelle liée à la contraction des dépenses publiques et de celles des ménages, revêtent également un caractère structurel. Le système de tarification horaire conduit à des pratiques extrêmement variables selon les départements et ne permet plus aujourd'hui de prendre en compte l'ensemble des coûts supportés par les structures. Celles-ci évoluent dans un environnement légal et réglementaire complexe, notamment depuis l'introduction en 2005 du droit d'option entre autorisation et agrément. Ces deux modes de création des services d'aide à domicile répondent en outre à des logiques différentes qui peuvent parfois se heurter : soutien à l'emploi dans le cas de l'agrément, structuration d'une offre médico-sociale en réponse aux besoins identifiés sur un territoire dans celui de l'autorisation.

La situation des salariés intervenant au domicile des personnes fragilisées constitue un autre point de préoccupation pour vos rapporteurs. Féminines dans leur immense majorité, exercées fréquemment à temps partiel et sans qualification dans le secteur sanitaire ou social, les professions de l'aide à domicile demeurent peu attractives et le secteur peine à proposer des évolutions de carrière stimulantes. A ces éléments s'ajoutent des conditions de travail parfois dégradées et une exposition à des facteurs de pénibilité pouvant conduire à des situations d'épuisement et d'usure prématurée des salariés. Or les métiers de l'aide à domicile ont

profondément changé au cours des dernières années et les personnels doivent aujourd'hui intervenir auprès de personnes atteintes de pathologies de plus en plus lourdes et complexes, pour lesquelles il est indispensable de disposer d'un savoir-faire et d'un savoir-être adaptés. Les efforts de formation engagés dans le secteur depuis plusieurs années témoignent de cette évolution. Mais les services d'aide à domicile doivent également pouvoir être en mesure de développer les capacités d'encadrement suffisantes pour garantir la qualité des interventions auprès des usagers ainsi que le bien-être de leurs salariés.

Face à ces enjeux, vos rapporteurs formulent des recommandations articulées autour de trois axes : améliorer durablement la situation financière des services en renforçant le soutien apporté par l'État au secteur et en encourageant les efforts de mutualisation et de modernisation ; faire progresser les conditions de travail et de rémunération des personnels et rendre plus attractifs les métiers de l'aide à domicile ; engager sans tarder une réforme de l'environnement juridique et tarifaire dans lequel évoluent les services d'aide à domicile afin d'assurer une véritable refondation du système.

Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement de la population a été présenté le 3 juin dernier en Conseil des ministres. L'ensemble du texte s'articule autour d'un élément central, le maintien à domicile, souhaité par une très grande majorité de Français et considéré depuis de longues années comme l'un des axes forts devant guider les politiques publiques à destination des personnes âgées. Son examen par le Parlement constituera une opportunité unique pour engager les évolutions nécessaires à une amélioration durable du fonctionnement des services d'aide à domicile.

I. CONJUGUÉES À UN CONTEXTE ECONOMIQUE TENDU, LES FAIBLESSES STRUCTURELLES DU SECTEUR DE L'AIDE À DOMICILE LE PLACENT AUJOURD'HUI DANS UNE SITUATION PARTICULIÈREMENT DIFFICILE

A. UN SECTEUR TRADITIONNELLEMENT ANCRE DANS LE CHAMP DE L'ACTION SOCIALE, CONFRONTE A DES DIFFICULTES FINANCIERES CROISSANTES DEPUIS PLUSIEURS ANNEES

1. Des services historiquement portés par les associations, progressivement inclus dans le champ plus large des services à la personne

a) La place historique des associations dans le secteur de l'aide à domicile

Le secteur de l'aide à domicile s'est historiquement développé dans une optique d'aide aux plus défavorisés, **largement portée par le secteur associatif**. Si des initiatives ponctuelles avaient été mises en œuvre auparavant, l'action des associations s'est amplifiée dans le contexte de reconstruction de l'après Seconde Guerre mondiale, en premier lieu auprès des familles, puis des personnes âgées malades ou isolées. C'est aujourd'hui ce public qui concentre l'essentiel des interventions des structures d'aide à domicile¹.

Alors qu'elle était traditionnellement considérée comme une activité relevant de la sphère privée et par essence féminine, l'aide à domicile a donc été progressivement organisée et structurée par les associations. C'est ce que souligne une thèse consacrée au rôle des associations dans le secteur de l'aide à domicile : *« par leur rôle pionnier dans le domaine de l'aide à la vie quotidienne aux familles et aux personnes âgées, mais aussi par leur position quasi-monopolistique pendant une quarantaine d'années (des années cinquante aux années quatre-vingt-dix), c'est dans le cadre des associations que les activités d'aide à domicile, d'abord domestiques et informelles, ainsi que leurs professions, ont été formalisées, reconnues et structurées. Ce processus de formalisation et de structuration des activités et des professions s'est donc opéré dans le cadre d'un statut particulier, reposant sur un fonctionnement et des valeurs spécifiques. Ces acteurs collectifs particuliers ont joué un rôle pionnier dans l'organisation de ces services, sur la base de professions nouvelles »*². Si les associations ont contribué à faire naître des métiers spécifiques dans le secteur de l'aide à domicile, l'une de ses spécificités réside encore aujourd'hui, pour un grand nombre de structures, dans la place que continue d'y occuper le bénévolat.

¹ Compte tenu des spécificités propres au secteur de l'aide aux familles, vos rapporteurs ont centré leur analyse sur les interventions réalisées auprès des personnes handicapées ou âgées en situation de perte d'autonomie.

² PUISSANT Emmanuelle, « La relation associative d'aide à domicile : spécificités, remises en cause, résistances, thèse de doctorat en sciences économiques », université de Grenoble, 2010.

Dès l'origine des services, l'aide au profit des familles et du maintien à domicile a été largement portée par des financements publics, dans le cadre des politiques d'aide sociale menées par l'Etat puis par les conseils généraux, en application des lois de décentralisation du début des années 1980. Acteurs historiques de l'aide sociale, les communes ont, elles aussi, soutenu l'activité des associations mais également parfois créé des services d'aide à domicile propres, portés par leurs centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS/CIAS). Enfin, les politiques d'action sociale menées par les caisses d'allocations familiales, d'assurance maladie et d'assurance vieillesse ont, elles aussi, contribué au développement de l'activité des services d'aide à domicile.

Cet ancrage dans le champ de l'action sociale donne une dimension particulière aux missions exercées par les services d'aide à domicile. Leur inclusion dans le secteur médico-social a d'ailleurs été consacrée par la loi du 2 janvier 2002, qui vise à assurer la professionnalisation du secteur ainsi qu'à améliorer la qualité des prises en charge¹. Aux termes des 6° et 7° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, les services d'aide et d'accompagnement à domicile entrent ainsi dans la catégorie des structures qui apportent aux personnes âgées ou handicapées « *une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale* ».

**Les services d'aide et d'accompagnement à domicile
article D. 312-6 du code de l'action sociale et des familles**

« Conformément aux dispositions des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1, les services d'aide et d'accompagnement à domicile agréés au titre de l'article L. 129-1 du code du travail, qui interviennent auprès des personnes mentionnées à l'article D. 312-1, concourent notamment :

- 1° Au soutien à domicile ;
- 2° A la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne ;
- 3° Au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

Ils 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 lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne, hors ceux réalisés, sur prescription médicale, par les services mentionnés à l'article D. 312-1.

Ces prestations s'inscrivent dans un projet individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne. Elles sont réalisées par des aides à domicile, notamment des auxiliaires de vie sociale.

La personne morale gestionnaire du service est responsable du projet de service mentionné à l'article L. 311-8, notamment de la définition et de la mise en œuvre des modalités d'organisation et de coordination des interventions. »

¹ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

b) Une insertion progressive dans le champ des services à la personne

Au souci de répondre aux besoins des publics fragiles s'est ajoutée la volonté, de la part de la puissance publique, de stimuler **le développement des services à la personne**.

Ainsi, en 1987, en même temps que sont créés les services mandataires, est mis en place un dispositif d'exonération de charges patronales au profit des personnes âgées ayant recours à une aide à domicile. Dans la même logique de développement des services à la personne, les emplois familiaux sont créés en 1991 et le chèque emploi services lancé en 1993. En outre, depuis près de vingt ans, les entreprises privées sont en mesure de développer des activités de service au domicile des publics fragiles. La loi du 29 janvier 1996 en faveur du développement des emplois de services aux particuliers ouvre en effet aux entreprises qui se consacrent exclusivement à des tâches ménagères ou familiales la possibilité de bénéficier d'un agrément jusque-là réservé aux seules associations¹.

La loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne, dite **loi « Borloo »**, opère un changement plus profond en faisant de l'aide au domicile des publics fragiles une catégorie d'un champ plus vaste regroupant l'ensemble des services à la personne. Cette même loi met en place le chèque emploi services universel (Cesu) ainsi que l'agence nationale des services à la personne (ANSP), chargée de structurer l'action publique dans le secteur.

Derrière la volonté d'ouvrir ce secteur à l'initiative privée réside la conviction selon laquelle les services à la personne représentent **un gisement considérable d'emplois non délocalisables** pour des publics *a priori* éloignés du marché du travail car souvent peu ou non qualifiés. Le plan Borloo, défini en février 2005, s'était ainsi fixé l'objectif d'aboutir à la création de 500 000 emplois en trois ans. S'y ajoute le souci de **diminuer le recours au travail dissimulé** en simplifiant au maximum les démarches administratives liées à l'emploi d'un salarié à domicile.

Dans une insertion à son rapport public de 2010, la Cour des comptes chiffre à 6,6 milliards d'euros le montant des exonérations fiscales et sociales accordées dans le cadre du plan Borloo. Celles-ci auraient bénéficié à 3,4 millions de particuliers employeurs ainsi qu'à environ 7 000 associations et 4 700 entreprises agréées². Si un autre plan relatif au développement des services à la personne a été lancé en 2009, les dispositifs d'incitation fiscale et sociale ont été modifiés par la suite, notamment avec la suppression de l'abattement de 15 points du taux de cotisations patronales pour les particuliers employeurs déclarant leurs salariés au réel.

¹ Loi n° 96-63 du 29 janvier 1996 en faveur du développement des emplois de services aux particuliers.

² Cour des comptes, « La politique en faveur des services à la personne », Rapport public annuel 2010, février 2010.

Le champ des services à la personne
Article D. 7 232-1 du code du travail

« I. — Les activités de services à la personne soumises à agrément, en application de l'article L. 7232-1, sont les suivantes :

1° Garde d'enfants à domicile, en dessous d'un âge fixé par arrêté conjoint du ministre chargé des services et du ministre chargé de la famille [trois ans] ;

2° Assistance aux personnes âgées ou aux personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile, à l'exclusion d'actes de soins relevant d'actes médicaux ;

3° Garde-malade à l'exclusion des soins ;

4° Assistance aux personnes handicapées, y compris les activités d'interprète en langue des signes, de technicien de l'écrit et de codeur en langage parlé complété ;

5° Prestation de conduite du véhicule personnel des personnes dépendantes, du domicile au travail, sur le lieu de vacances, pour les démarches administratives ;

6° Aide à la mobilité et transport de personnes ayant des difficultés de déplacement ;

7° Accompagnement des enfants de moins de trois ans, des personnes âgées ou handicapées dans leurs déplacements en dehors de leur domicile (promenades, transport, actes de la vie courante).

II. — Les activités de services à la personne soumises à titre facultatif à la déclaration prévue à l'article L. 7232-1-1 sont, outre celles mentionnées au I du présent article, les activités suivantes :

1° Entretien de la maison et travaux ménagers ;

2° Petits travaux de jardinage, y compris les travaux de débroussaillage ;

3° Travaux de petit bricolage dits " homme toutes mains " ;

4° Garde d'enfants à domicile au-dessus d'un âge fixé par arrêté conjoint du ministre chargé des services et du ministre chargé de la famille ;

5° Soutien scolaire à domicile ou cours à domicile ;

6° Soins d'esthétique à domicile pour les personnes dépendantes ;

7° Préparation de repas à domicile, y compris le temps passé aux commissions ;

8° Livraison de repas à domicile ;

9° Collecte et livraison à domicile de linge repassé ;

10° Livraison de courses à domicile ;

11° Assistance informatique et internet à domicile ;

12° Soins et promenades d'animaux de compagnie, à l'exception des soins vétérinaires et du toilettage, pour les personnes dépendantes ;

13° Maintenance, entretien et vigilance temporaires, à domicile, de la résidence principale et secondaire ;

14° Assistance administrative à domicile ;

15° Accompagnement des enfants de plus de trois ans dans leurs déplacements en dehors de leur domicile (promenades, transport, actes de la vie courante) ;

16° Activités qui concourent directement et exclusivement à coordonner et délivrer les services mentionnés au présent article.

III. — Les activités mentionnées aux 5°, 6°, 7° du I et aux 8°, 9°, 10° et 15° du II du présent article n'ouvrent droit au bénéfice du 1° de l'article L. 7233-2 du code du travail et de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale qu'à la condition que la prestation soit comprise dans une offre de services incluant un ensemble d'activités réalisées à domicile. »

Aujourd'hui, si les associations continuent de représenter l'essentiel du volume d'activité des services d'aide à domicile, la part des entreprises a sensiblement augmenté. Une étude réalisée dans la région Nord-Pas-de-Calais note que celle-ci est passée de 2 % à 8 % du volume annuel d'activité entre 2006 et 2011¹. La caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) a quant à elle indiqué à vos rapporteurs une augmentation sensible du nombre d'entreprises avec lesquelles sont passées des conventions pour la réalisation d'interventions à domicile. Leur part dans l'ensemble des conventionnements a en effet progressé de 1 % en 2007 à 25 % en 2012. Leur part d'activité demeure cependant inférieure à 10 %, les entreprises conventionnées étant généralement de petite taille.

Ces indications sont cohérentes avec les données disponibles au niveau national concernant l'ensemble des services d'aide à domicile. Sur 8 563 structures habilitées à intervenir auprès des publics fragiles au 1^{er} janvier 2014, la direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services (DGCIS) dénombre 27 % d'entreprises ne représentant malgré tout que 10 % des heures prestées².

2. Des difficultés financières qui se sont accentuées dans les années récentes

a) Les explications conjoncturelles à la crise rencontrée par le secteur de l'aide à domicile

Plusieurs facteurs conjoncturels contribuent à expliquer les difficultés que rencontre le secteur de l'aide à domicile.

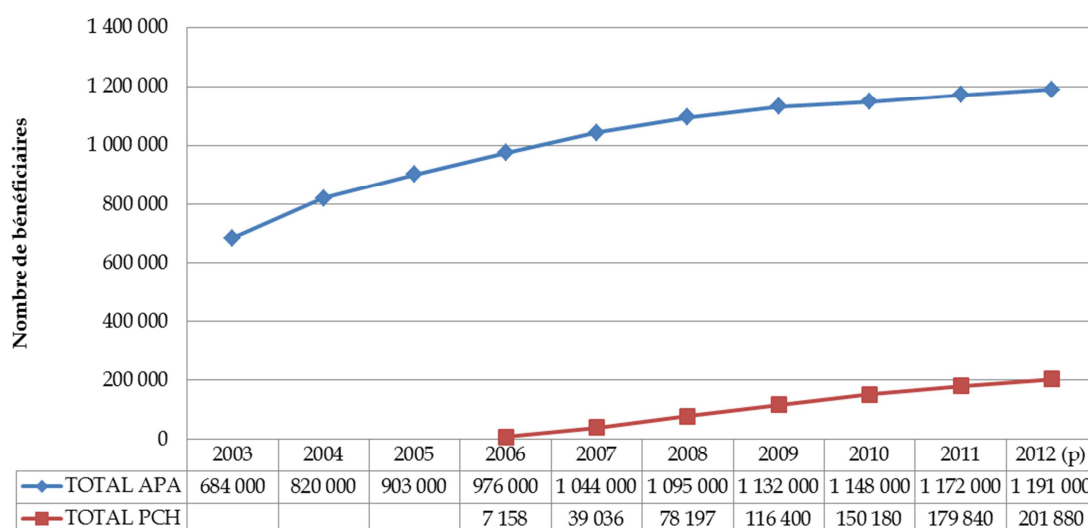
¹ Direccte Nord-Pas-de-Calais, « Les mutations de l'aide à domicile en région Nord-Pas-de-Calais », mai 2013.

² Les données chiffrées relatives au nombre de services d'aide à domicile et à leurs personnels sont regroupées au sein d'une annexe au présent rapport.

Créée en 2001 en remplacement de la prestation spécifique dépendance (PSD), l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) a connu une très forte montée en charge dans les premières années de son existence¹. Il en est de même s'agissant de la prestation de compensation du handicap (PCH), mise en place en 2005².

Cette phase de croissance soutenue, conjuguée à la mise en œuvre du plan Borloo, a très certainement favorisé la multiplication de structures souhaitant pénétrer un marché prometteur. Le graphique suivant montre cependant une tendance actuelle au **ralentissement de la montée en charge du nombre de bénéficiaires**, ce qui ne permet pas aux services d'aide à domicile d'espérer une évolution future de la demande identique à celle qu'ils ont pu connaître au cours des dernières années.

Figure n° 1 : Evolution du nombre de bénéficiaires de l'APA et de la PCH



Source : Drees

De surcroît, la crise économique conduit à une contraction, à la fois des dépenses publiques et de celles des ménages.

Les **conseils généraux** font face à un **effet de ciseaux** entre la croissance soutenue des charges liées aux prestations individuelles de solidarité et la diminution de leurs recettes. Parallèlement, le **taux de couverture** de ces dépenses par l'Etat connaît une baisse continue. Ainsi, en 2012, le financement de l'APA, dont près de 60 % des bénéficiaires résident à leur domicile, représentait une charge totale de 5,4 milliards d'euros, couverte à hauteur d'un peu plus de 30 % par la CNSA. En 2002, ce taux s'établissait à 43 %, pour une dépense totale de 1,8 milliard d'euros.

¹ Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

² Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Dans ces conditions, les conseils généraux sont amenés à restreindre l'évolution à la hausse des plans d'aide alloués. Selon une étude de la Drees, 26 % des plans d'aide des bénéficiaires de l'APA à domicile étaient saturés en 2011, ce qui signifie que leur niveau ne correspondait très certainement pas aux besoins réels de prise en charge¹. Ce pourcentage augmentait avec le degré de dépendance puisqu'il atteignait 44 % pour les GIR 1².

Contraintes de limiter leurs dépenses d'action sociale, les **caisses de retraite** tendent à réorienter celles-ci vers des **mesures de prévention** au détriment des **interventions au domicile**. La surconsommation de l'enveloppe d'action sociale dans certaines régions en 2011 a par ailleurs conduit à la mise en place de mesures d'économies visant notamment à augmenter l'âge d'éligibilité pour les demandes de première intervention d'un service d'aide à domicile. Lors de son audition par vos rapporteurs, la Cnav a cependant précisé qu'il s'agissait là de mesures revêtant un caractère exceptionnel.

Dans le même temps, un nombre croissant de bénéficiaires, confrontés à des restes à charge de plus en plus lourds, renoncent à consommer l'ensemble des plans qui leur sont alloués. Entre 2007 et 2011, la part des bénéficiaires de l'APA acquittant un ticket modérateur nul est passée de 23 % à 16 %. Sur la même période, les montants médians des plans d'aide ont diminué de 4 %, une baisse portée pour l'essentiel par les plans destinés aux personnes les moins dépendantes³.

Nombre de services d'aide à domicile voient dès lors leur activité stagner, lorsqu'elle ne diminue pas.

b) Les facteurs structurels

Les marges de manœuvre dont disposent les services d'aide à domicile pour faire face aux fluctuations de l'activité s'avèrent limitées dans la mesure où 80 % à 90 % de leurs charges sont composées de dépenses de personnel. Il n'en demeure pas moins que certaines faiblesses dans l'organisation et la gouvernance des structures, liées à une professionnalisation parfois encore balbutiante, ne contribuent pas à améliorer la souplesse et la capacité d'adaptation des services aux aléas de la conjoncture.

Le système actuel de **tarification horaire** conduit par ailleurs à des pratiques hétérogènes selon les départements et ne permet pas de tenir compte de l'ensemble des coûts réellement supportés par les structures, ce qui accentue les fragilités de celles-ci.

¹ Drees, « Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables », Etudes et résultats n° 748, février 2011.

² Les groupes iso-ressources, GIR, permettent d'apprécier le degré de perte d'autonomie de la personne, le GIR 1 correspondant au niveau de dépendance le plus élevé. Sont éligibles à l'APA les personnes relevant des GIR 1 à 4. Peuvent bénéficier de l'action sociale des caisses de retraite celles qui ont été classées dans les GIR 5 ou 6.

³ Drees, « Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources en 2011 », Etudes et résultats n° 876, février 2014.

En outre, **le secteur demeure organisé autour d'un grand nombre de petits services**, dont certains n'atteignent pas la taille critique pour avoir une activité économiquement viable. C'est ce que souligne l'étude précitée réalisée dans la région Nord-Pas-de-Calais. Celle-ci dénombre en effet 33 fermetures d'organismes entre décembre 2011 et mai 2012. 20 d'entre elles ont concerné des entreprises privées, les autres des associations. Selon l'étude, ces chiffres corroborent l'idée selon laquelle, stimulées par le plan de développement des services à la personne, beaucoup d'entreprises se sont engagées sur le marché sans pour autant parvenir à atteindre le seuil d'activité nécessaire à leur viabilité. Loin d'être mis à l'abri des difficultés conjoncturelles, les opérateurs historiques sont contraints de se réorganiser ou de procéder à des fusions. Au total, l'étude souligne l'instabilité du secteur, 17 % des services d'aide à domicile de la région ayant été récemment concernés par des fermetures ou par des fusions.

Au niveau national, le rapport rédigé par Bérangère Poletti en janvier 2012 a clairement mis en évidence la fragilisation d'un nombre croissant de structures, contraintes de ponctionner peu à peu leurs réserves pour faire face à des déficits récurrents¹. Sur un échantillon total de 512 services, le rapport notait des pertes de trésorerie d'un montant de 45,7 millions d'euros ainsi qu'une diminution des fonds propres des structures recensées égale à 57 millions d'euros.

De telles évolutions mettent en jeu, à terme, la pérennité des services. Une étude publiée en novembre 2012, concentrée sur le secteur associatif, dénombre 350 disparitions de services ainsi que 8 600 pertes d'emplois entre la fin de l'année 2009 et la moitié de l'année 2012². Cette diminution correspond à une baisse de 4,8 % du nombre d'emplois dans le champ étudié.

Sur l'ensemble du champ des services à la personne, les associations prestataires auraient connu une diminution de leurs effectifs de 3,1 % entre 2010 et 2011 puis de 3,5 % entre 2011 et 2012³.

¹ Poletti Bérangère, députée des Ardennes, « Mission relative aux difficultés financières de l'aide à domicile et aux modalités de tarification et d'allocation de ressources des services d'aide à domicile pour publics fragiles », janvier 2012.

² Bazin Cécile, Tadjine Noël, Raharimanana Henitsoa, Guyonvarch Alexis, Malet Jacques, « La place des associations et les enjeux économiques dans le secteur de l'aide à domicile », 4^e édition, novembre 2012.

³ Dares, « Les services à la personne en 2012 : baisse de l'activité, sauf dans les entreprises prestataires », n° 038, mai 2014.

B. LA COMPLEXITE ET LES LIMITES DU REGIME JURIDIQUE APPLICABLE AUX SERVICES D'AIDE À DOMICILE

1. Les différents modes d'intervention auprès des usagers

Une même prestation peut être délivrée selon trois modes d'intervention distincts.

On parle de **gré à gré** lorsque l'intervenant est directement salarié par la personne chez qui il vient travailler. L'activité est exercée en **mode prestataire** lorsque le bénéficiaire n'est pas employeur mais simple usager d'un service délivré par une personne salariée d'une association, d'une entreprise ou d'un CCAS. Il existe enfin un dispositif intermédiaire dans lequel le bénéficiaire est employeur de l'intervenant mais se voit déchargé d'un certain nombre de formalités administratives par la structure d'aide à domicile : c'est le **mode mandataire**.

Selon des données de la Drees, 37 % des aides à domicile interviennent exclusivement en mode prestataire et 24 % d'entre eux travaillent uniquement en emploi direct¹. Les autres sont régis par le mode mandataire ou cumulent différents types de contrats. Les salariés travaillant en qualité de prestataire d'un service d'aide à domicile interviennent chez un nombre plus élevé de bénéficiaires que les salariés en emploi direct.

La coexistence de ces trois modes d'intervention n'est pas sans conséquences. Une heure de gré à gré étant moins onéreuse qu'une heure en mode prestataire, cette modalité d'intervention est parfois privilégiée par les personnes les plus dépendantes qui, dans le cadre d'un plan d'aide par définition fermé, ont besoin d'un grand nombre d'heures d'intervention. Mais le gré à gré emporte pour le bénéficiaire, du fait de son statut d'employeur, des responsabilités que n'impose pas le fait d'être simple usager d'un service d'aide à domicile.

Les salariés sont également placés dans des situations différentes. Outre qu'ils sont régis par des conventions collectives distinctes, leur environnement de travail varie considérablement : si le gré à gré permet probablement une plus grande liberté d'organisation, l'encadrement qu'apporte une structure d'aide à domicile peut être particulièrement appréciable s'agissant de métiers caractérisés par une grande solitude d'exercice et par la confrontation à des situations humaines difficiles.

¹ Drees, « Les conditions de travail des aides à domicile en 2008 », *Dossiers solidarité et santé*, n° 30, 2012.

2. La coexistence de deux procédures de création des services d'aide à domicile

Depuis une ordonnance du 1^{er} décembre 2005 coexistent deux types de régimes juridiques applicables aux services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad)¹.

Aux termes de l'article L. 313-1-2 du code de l'action sociale et des familles, la création de services d'aide et d'accompagnement à domicile est en effet soumise, soit à **la procédure d'autorisation** applicable à l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux, soit à **la délivrance d'un agrément**. Si le code de l'action sociale et des familles pose le principe selon lequel l'autorisation vaut agrément, l'équivalence n'est pas totale puisque l'agrément ne vaut pas autorisation.

Le droit d'option entre autorisation et agrément

article L. 313-1-2 du code de l'action sociale et des familles

« La création, la transformation et l'extension des services d'aide et d'accompagnement à domicile mentionnés aux 1^o, 6^o et 7^o du I de l'article L. 312-1 sont soumises, à la demande de l'organisme gestionnaire :

1^o Soit à l'autorisation prévue à la présente section ;

2^o Soit à l'agrément prévu à l'article L. 7232-1 du code du travail.

Les services auxquels un agrément est délivré en vertu du 2^o sont tenus de conclure un contrat dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa de l'article L. 342-2. Les dispositions des articles L. 311-3 et L. 311-4 relatives au livret d'accueil et de l'article L. 331-1 leur sont applicables. Les conditions et les délais dans lesquels sont applicables à ces services les dispositions de l'article L. 312-8 sont fixés par décret.

Les services mentionnés au premier alinéa peuvent, même en l'absence d'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, intervenir auprès des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie. »

Depuis la loi précitée du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, **l'autorisation** est délivrée par le président du conseil général pour une durée de **quinze ans** si l'existence de la structure est compatible avec les besoins identifiés dans la planification départementale des services sociaux et médico-sociaux.

Autrefois structurée autour des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale (Crosms), la procédure d'autorisation s'effectue, depuis la loi « HPST » du 21 juillet 2009, dans le cadre d'une **procédure d'appel à projets**, comme pour l'ensemble du secteur médico-social².

¹ 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.

² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Règles générales applicables à la procédure d'autorisation**article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles**

I. - Les projets, y compris expérimentaux, de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 ainsi que les projets de lieux de vie et d'accueil sont autorisés par les autorités compétentes en vertu de l'article L. 313-3.

Lorsque les projets font appel partiellement ou intégralement à des financements publics, ces autorités délivrent l'autorisation après avis d'une commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social qui associe des représentants des usagers. L'avis de cette dernière n'est toutefois pas requis en cas d'extension inférieure à un seuil. Une partie des appels à projets doit être réservée à la présentation de projets expérimentaux ou innovants répondant à un cahier des charges allégé. Les financements publics mentionnés au présent alinéa s'entendent de ceux qu'apportent directement ou indirectement, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, les personnes morales de droit public ou les organismes de sécurité sociale en vue de supporter en tout ou partie des dépenses de fonctionnement. [...] »

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

« L'autorisation est accordée si le projet :

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

2° Satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le présent code et prévoit les démarches d'évaluation et les systèmes d'information respectivement prévus aux articles L. 312-8 et L. 312-9 ;

3° Répond au cahier des charges établi, dans des conditions fixées par décret, par les autorités qui délivrent l'autorisation, sauf en ce qui concerne les projets visés au II de l'article L. 313-1-1 ;

4° Est compatible, lorsqu'il en relève, avec le programme interdépartemental mentionné à l'article L. 312-5-1, et présente un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec le montant des dotations mentionnées, selon le cas, aux articles L. 312-5-2, L. 313-8, L. 314-3, L. 314-3-2 et L. 314-4, au titre de l'exercice au cours duquel prend effet cette autorisation.

L'autorisation fixe l'exercice au cours de laquelle elle prend effet.

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

Pour les projets ne relevant pas de financements publics, l'autorisation est accordée si le projet satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues au présent code, et prévoit les démarches d'évaluation. »

Jusqu'à la publication de deux décrets du 20 septembre 2011¹, pris en application de la loi du 23 juillet 2010 relative aux réseaux consulaires, au commerce et à l'artisanat², coexistaient deux types d'agrément, mis en place en 1991 : l'agrément simple, facultatif, ouvrait droit à un certain nombre d'avantages fiscaux et sociaux ; l'agrément qualité était quant à lui obligatoire pour qu'une structure soit autorisée à développer des activités destinées aux publics fragiles.

Les décrets du 20 septembre 2011 ont substitué à l'agrément simple une procédure de déclaration tandis que l'agrément qualité est devenu l'agrément. La simplification ainsi opérée porte principalement sur la procédure de déclaration : alors que l'agrément simple était délivré à l'issue d'un délai de deux mois pour une durée limitée à cinq ans renouvelables, la déclaration doit désormais être enregistrée par les services du ministère du travail dans un délai de huit jours et est valable sans limitation de durée.

L'agrément, quant à lui, continue d'être accordé par les unités territoriales des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) pour une durée de **cinq ans**. **Le conseil général rend un avis** au moment de la délivrance de l'agrément.

La procédure d'agrément

article L. 7232-1 du code du travail

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 :

1° La garde d'enfants au-dessous d'une limite d'âge fixée par arrêté conjoint du ministre de l'emploi et du ministre chargé de la famille ;

2° Les activités relevant du 2° de l'article L. 7231-1, à l'exception des activités dont la liste est définie par décret et qui ne mettent pas en cause la sécurité des personnes.

article L. 7232-1-1 du code du travail

« A condition qu'elle exerce son activité à titre exclusif, toute personne morale ou entreprise individuelle qui souhaite bénéficier des 1° et 2° de l'article L. 7233-2 et de l'article L. 7233-3 déclare son activité auprès de l'autorité compétente dans des conditions et selon des modalités prévues par décret en Conseil d'Etat. »

¹ Décrets n° 2011-1132 et n° 2011-1133 du 20 septembre 2011 modifiant certaines dispositions du code du travail relatives au chèque emploi-services universel et aux services à la personne.

² Loi n° 2010-853 du 23 juillet 2010 relative aux réseaux consulaires, au commerce, à l'artisanat et aux services.

article L. 7232-2 du code du travail

« Les personnes morales ou les entreprises individuelles d'un service d'aide à domicile, agréées en application des dispositions de l'article L. 7231-1, peuvent déposer une demande d'autorisation de créer un établissement ou un service dont l'activité relève du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles sans que leur agrément au titre de la présente section soit remis en cause de ce seul fait. »

article L. 7232-5 du code du travail

« L'exigence de qualité nécessaire à l'intervention de toute personne morale ou entreprise individuelle mentionnée aux articles L. 7232-1 et L. 7232-1-2 est équivalente à celle requise pour les mêmes publics par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. »

Le code du travail et celui de l'action sociale et des familles posent le principe d'une **équivalence entre les exigences de qualité applicables aux structures agréées et aux services autorisés**. Cependant, la fréquence et les modalités selon lesquelles celle-ci est évaluée varient.

Les organismes agréés doivent répondre aux règles fixées par un cahier des charges défini par arrêté¹. Organisées autour de 70 items, ces règles portent notamment sur la production des prestations, l'organisation et le fonctionnement interne des structures ainsi que sur les obligations spécifiques au mode mandataire. La conformité aux critères fixés par le cahier des charges est vérifiée tous les cinq ans, dans le cadre d'une évaluation externe, par un organisme habilité par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm). Lorsqu'ils ont choisi de procéder volontairement à une certification, les services agréés peuvent, sous certaines conditions fixées à l'article D. 347-3 du code de l'action sociale et des familles, être dispensés de l'évaluation externe².

Les services d'aide à domicile autorisés sont quant à eux soumis aux règles de droit commun applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ils doivent par conséquent procéder à une évaluation interne tous les cinq ans ainsi qu'à deux évaluations externes durant leur période d'autorisation.

¹ Arrêté du 26 décembre 2011 fixant le cahier des charges prévu à l'article R. 7232-7 du code du travail.

² L'article D. 347-3 prévoit, entre autres conditions, que le champ de la certification couvre l'ensemble de l'activité d'aide et d'accompagnement à domicile.

3. Des modalités de tarification variables, globalement insuffisantes pour couvrir les coûts supportés par les structures

a) Un mode de tarification source de disparités importantes entre les départements et les structures

Le droit d'option entre autorisation et agrément emporte des conséquences en termes de tarification.

La délivrance d'une autorisation conduit à la mise en place d'une tarification administrée, définie dans le cadre d'une négociation budgétaire annuelle entre le conseil général et la structure. Décrite par le code de l'action sociale et des familles, la procédure tarifaire doit théoriquement conduire à la fixation d'un tarif horaire distinct selon le degré de qualification des intervenants (aides ou employés à domicile, auxiliaires de vie sociale et aides médico-psychologiques, techniciens d'intervention sociale et familiale et auxiliaires de puériculture)¹.

Pour les services agréés, le tarif est fixé librement au moment de la signature du contrat entre la structures prestataire et la personne aidée. Son évolution est ensuite encadrée, la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) fixant chaque année par arrêté un taux d'évolution du prix des prestations contractuelles. Ce taux doit tenir compte de l'évolution des salaires et du coût des services². Pour l'année 2014, l'augmentation a été arrêtée à 1 %³.

Lorsqu'un service agréé intervient au titre de l'APA, une partie du coût est prise en charge par le conseil général sur la base d'un tarif de référence défini par celui-ci. Une circulaire du 1^{er} décembre 2008 demande aux conseils généraux d'appliquer un tarif de prise en charge égal à la moyenne des tarifs des services autorisés.

Les interventions extra-légales financées par les caisses d'assurance vieillesse au titre de leurs missions d'action sociale auprès des retraités les moins dépendants sont financées sur la base d'un **tarif défini au niveau national** et par conséquent identique sur l'ensemble du territoire. En 2013, le tarif horaire fixé par la Cnav s'élevait à 19,40 euros. Un ticket modérateur compris entre 10 % et 73 % du tarif et fonction des revenus de la personne retraitée est laissé à la charge de celle-ci.

¹ Articles D. 314-130 à D. 314-136 du code de l'action sociale et des familles.

² Article L. 347-1 du code de l'action sociale et des familles.

³ Arrêté du 26 décembre 2011 relatif aux prix des prestations de certains services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Les tarifs applicables aux aides humaines attribuées au titre de la **PCH** ont été définis par un arrêté du 28 décembre 2005¹. En cas de recours à l'emploi direct, le tarif est égal à 130 % du salaire horaire brut sans ancienneté d'une assistante de vie pour personne dépendante de niveau 3, au sens de la convention collective des salariés du particulier employeur, soit 12,39 euros de l'heure au 1^{er} janvier 2014. Il est majoré de 10 % en cas de recours à un service mandataire (13,63 euros). La tarification des services prestataires autorisés est fixée par le président du conseil général selon les modalités définies précédemment. Les services agréés sont tarifés, soit sur la base du prix fixé par convention entre le conseil général et le service, soit à hauteur de 170 % du salaire horaire brut d'une auxiliaire de vie ayant moins d'un an d'ancienneté (17,59 euros).

b) Un niveau des tarifs globalement insuffisant

L'ensemble des auditions et des déplacements réalisés par vos rapporteurs les conduisent à dresser le constat d'une **grande variabilité des tarifs entre les départements**. Ceux-ci sont en moyenne compris dans une fourchette allant de 17 à 25 euros. Une telle situation est source d'inégalités entre les services mais également entre les usagers, selon leur territoire de résidence.

A la variabilité des tarifs s'ajoute leur faible niveau général. Selon une étude menée par la Cnav pour l'année 2010, près de 60 % des conseils généraux appliquaient cette année-là aux services autorisés une tarification moyenne inférieure à celle de la Cnav. S'agissant des services agréés, le tarif de référence qui leur est appliqué est inférieur au tarif national fixé par la Cnav dans 65 % des cas.

Si aucune étude nationale de coûts ne permet d'avoir une appréciation précise des charges supportées par les services, il ressort des auditions que le tarif idéal qui permettrait d'assurer l'équilibre financier des structures est bien plus élevé que celui pratiqué par la Cnav et donc par la moyenne des conseils généraux.

Cette situation nuit à la qualité du service rendu ainsi qu'aux salariés, notamment en décourageant les efforts de formation et de professionnalisation réalisés par les services.

Dans un contexte où le reste à charge pèse fortement sur les bénéficiaires et influe sur leurs comportements, toute augmentation isolée des tarifs peut cependant se traduire par une diminution du nombre d'heures réalisées et conduire, paradoxalement, à renforcer la dégradation de la situation financière des structures.

¹ Arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs de l'élément de la prestation de compensation mentionné au 1^o de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles.

C. UN SECTEUR QUI PEINE A ÊTRE ATTRACTIF AUPRÈS DES SALARIÉS AINSI QU'À LEUR ASSURER DES CONDITIONS DE TRAVAIL, DE RÉMUNÉRATION ET DES ÉVOLUTIONS DE CARRIÈRE SATISFAISANTES

1. Le profil des salariés du secteur de l'aide à domicile

a) La part prépondérante des femmes, le faible niveau de qualification et le recours fréquent au temps partiel

Le nombre d'intervenants à domicile était estimé par la direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services (DGCIS) au 1^{er} janvier 2014 à **557 000**. Ce chiffre global recouvre les salariés travaillant en mode prestataire, mandataire, de gré à gré ou cumulant plusieurs contrats. Les données chiffrées relatives au secteur sont regroupées dans une annexe au présent rapport.

Les femmes représentent l'immense majorité des intervenants à domicile. Selon une étude de la Drees publiée en 2010, 98 % des professionnels intervenant au domicile de personnes fragilisées en 2008 sont des femmes¹.

Selon cette même étude, ces dernières sont âgées en moyenne de 45 ans, soit un peu plus que la moyenne nationale pour les autres secteurs d'activité². 62 % d'entre elles ne disposent d'aucun diplôme dans le secteur sanitaire ou social et 70 % travaillent à temps partiel. Le temps de travail moyen s'établit à 26,1 heures pour l'ensemble des intervenants. Il est de 19,7 heures pour les seuls salariés en emploi direct.

Il existe une corrélation entre qualification et temps de travail : **plus les intervenants sont qualifiés, plus le temps de travail est élevé.** La part des personnels qualifiés apparaît également plus importante chez ceux qui travaillent en mode prestataire : plus de la moitié des salariés en mode prestataire sont diplômés du secteur sanitaire ou social contre 15% des salariés en mode direct³.

¹ Drees, « Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008 », *Etudes et résultats* n° 728, juin 2010.

² Selon une étude de Pôle emploi sur l'emploi salarié en France, l'âge moyen des salariés du secteur privé était de 39,4 ans à la fin de l'année 2011.

³ Drees, « Les conditions de travail des aides à domicile en 2008 », *Dossiers solidarité et santé*, n° 30, 2012.

Figure n° 2 : Profil des intervenants au domicile des personnes fragilisées

	Salariées d'organismes prestataires	Salariées en emploi direct	Salariées en mode mandataire ou mixtes	Ensemble
Part des femmes	97,7%	94,7%	98,9%	97,5%
Age moyen (années)	43,2	47,4	45,0	44,9
Ancienneté moyenne (années)	9,3	9,1	9,1	9,2
Niveau de qualification				
<i>Aucun diplôme du secteur sanitaire ou social</i>	48,3%	85,1%	61,3%	62,1%
<i>Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale ou certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile</i>	35,4%	2,8%	18,9%	21,2%
<i>Autre diplôme du sanitaire et sociale</i>	11,2%	4,7%	6,5%	7,8%
<i>BEP carrière sanitaire et sociale</i>	6,7%	6,6%	11,6%	8,7%
<i>Titre professionnel d'assistante de vie</i>	2,5%	1,8%	4,6%	3,2%
<i>BEP agricole services à la personne</i>	1,8%	0,8%	1,3%	1,4%
<i>Diplôme d'Etat de technicien d'intervention sociale et familiale ou travailleuse familiale</i>	1,5%	0,5%	0,4%	0,8%
<i>Mention complémentaire aide à domicile</i>	0,3%	0,0%	1,0%	0,5%
Niveau d'études le plus élevé atteint				
<i>Primaire (inférieur à la 6e)</i>	10,9%	19,9%	13,6%	14,1%
<i>Secondaire 1er cycle (collège)</i>	15,7%	22,0%	19,1%	18,6%
<i>Secondaire 2e cycle court (CAP, BEP, etc.)</i>	49,9%	39,2%	47,6%	46,5%
<i>Secondaire 2e cycle général (lycée)</i>	7,7%	5,3%	7,3%	7,0%
<i>Secondaire 2e cycle technologique ou professionnel (lycée)</i>	11,4%	6,8%	6,5%	8,4%
<i>Supérieur au baccalauréat</i>	4,4%	6,8%	5,9%	5,6%
Part de personnes nées en France ou ayant la nationalité française	95,6%	92,4%	96,7%	95,3%
Ensemble	37,0%	23,5%	39,5%	100,0%

Source : Drees, « Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008 », Etudes et résultats n° 728, juin 2010

Dans ses réponses écrites à vos rapporteurs, la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) indique que les aides à domicile sont rémunérés en moyenne 832 euros nets par mois, le salaire moyen étant de 1 190 euros nets pour les salariés travaillant à temps plein et de 717 euros nets pour ceux qui travaillent à temps partiel.

Selon les données fournies par la, près d'un salarié sur deux cumule plusieurs contrats, soit au sein du secteur de l'aide à domicile pour 29,3 % d'entre eux (en cumulant différents mode d'intervention, prestataire, mandataire ou gré à gré), soit, pour 20 %, en ayant une activité autre que l'aide à domicile.

b) Des règles variables selon la nature juridique de la structure dans laquelle travaillent les salariés

Dans le secteur privé non lucratif, une convention collective unique est entrée en vigueur le 1^{er} 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.

L'unification progressive de la branche de l'aide à domicile

Les multiples associations intervenant dans l'aide à domicile se sont organisées au sein de fédérations et le travail de leurs salariés a progressivement été encadré par trois conventions collectives :

Au début des années 2000, les partenaires sociaux du secteur de l'aide à domicile ont entamé un processus de rapprochement des quatre textes applicables dans le secteur :

- la convention collective nationale des organismes agréés de travailleuses familiales du 2 mars 1970 ;

- la convention collective nationale des aides familiales rurales du 6 mai 1970, applicable aux personnels de l'ADMR (associations d'aide à domicile en milieu rural) ;

- la convention collective nationale des organismes d'aide ou de maintien à domicile du 11 mai 1983 ;

- les accords collectifs de l'union nationale des associations coordinatrices de soins et santé (Unacss) du 24 mai 1993, applicables aux centres de soins infirmiers (CSI) et aux services de soins infirmiers à domicile (Ssiad).

L'enjeu était de réunir dans un texte unique des conventions n'assurant pas les mêmes garanties aux salariés et d'éviter à la fois un nivellement par le bas et une convention trop ambitieuse et trop coûteuse.

Le 22 mars 2002, les partenaires sociaux concluent un accord relatif aux emplois et rémunérations, socle de la négociation vers une convention collective unique (CCU).

Un accord du 7 septembre 2005 définit le champ des activités d'aide à domicile auxquelles les futures dispositions conventionnelles devront s'appliquer. Il est étendu par arrêté du 28 mars 2006.

D'autres accords sont ensuite conclus : l'accord du 16 décembre 2004 relatif à la formation tout au long de la vie et à la politique de professionnalisation ainsi que l'accord du 30 mars 2006 relatif à la modulation du temps de travail, toujours en vigueur.

Le 21 mai 2010 est conclue la convention unique de la branche de l'aide à domicile. Elle est signée par les quatre principales fédérations d'employeurs, l'UNA (union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles), l'UNADMR, Adessadomicile et la FNAAFP (fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire, rattachée à la confédération syndicale des familles). Parmi les syndicats de salariés, deux l'ont signée (CFDT et Unsa), trois se sont abstenus (CGT, CFTC et FO). La CFE-CGC n'a pas signé mais ne s'est pas opposée

La convention collective unique a été agréée par un arrêté du 3 octobre 2011 puis étendue par un arrêté du 23 décembre 2011. Elle est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

Source : Direction générale du travail

Les personnels titulaires des CCAS/CIAS sont quant à eux régis par le statut de la fonction publique territoriale. Selon les données fournies à vos rapporteurs par l'UNCCAS, 61 % des aides à domicile employés par des services gérés par des CCAS/CIAS sont des agents titulaires.

Une convention unique applicable à l'ensemble du secteur privé lucratif a été signée le 20 septembre 2012. Elle est actuellement en voie d'extension.

Pour les personnes employées directement par les bénéficiaires de l'aide, c'est la convention collective des salariés du particulier employeur, conclue le 24 novembre 1999, qui s'applique.

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.

2. Une situation matérielle dégradée et des conditions de travail difficiles

a) La précarisation des salariés de l'aide à domicile

Alors que des efforts importants de revalorisation salariale avaient été réalisés au début des années 2000 pour les salariés des structures privées non lucratives, le point d'indice est gelé depuis le mois d'avril 2009, ce qui conduit à un **tassement des rémunérations au niveau du Smic**¹. Une grande partie des intervenants travaillant à temps partiel, leurs rémunérations sont en conséquence particulièrement faibles.

Le taux d'évolution de la masse salariale, fixé par la DGCS, est identique à celui qui s'applique dans l'ensemble du secteur médico-social. Sa hausse, de 1,1 % en 2014, permet de prendre en compte le glissement vieillesse technicité (GVT) mais n'offre aux partenaires sociaux que des marges de manœuvre très limitées pour négocier des hausses globales de salaires.

Le niveau des **indemnités kilométriques**, de 0,35 euro par kilomètre, est de façon générale jugé insuffisant. L'avenant à la convention collective de la branche de l'aide à domicile prévoyant une augmentation du montant de ces indemnités kilométriques n'a pourtant jamais été agréé par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) compte tenu de l'impact financier qu'aurait eu son entrée en application. Par ailleurs, seuls les trajets entre deux interventions consécutives sont pris en compte.

Lors de la table ronde organisée par vos rapporteurs, les représentants des salariés du secteur ont également regretté le faible niveau de prise en charge des autres **frais professionnels**, par exemple des repas ou des factures téléphoniques, pourtant nombreux dans ce secteur.

Toute évolution sur ces points se heurte cependant aux contraintes financières auxquelles sont soumis les conseils généraux.

L'importance du temps partiel dans le secteur de l'aide à domicile contribue à renforcer la précarisation des salariés. Les conditions de mise en œuvre de la durée minimale du temps de travail partiel, fixée à **24 heures hebdomadaires** par la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, constituent un point de préoccupation central pour les fédérations et leurs salariés.

Des appréciations diverses sont portées. Certains acteurs, notamment en milieu rural, jugent qu'elle serait difficile à mettre en place tandis que d'autres soulignent que cette durée minimale est d'ores et déjà appliquée dans leurs structures. S'il est vrai que la durée moyenne du travail se situe déjà actuellement autour de 24 heures par semaine, le facteur géographique – zone urbaine ou rurale – joue un rôle important, notamment sur la dispersion des actions et la durée des trajets, qui influe sur l'organisation du temps de travail.

¹ Au 1^{er} avril 2009, la valeur du point s'est établie à 5,302 euros.

Les discussions en cours au sein de la branche de l'aide à domicile pour négocier des dérogations globales à la règle des 24 heures, longues et difficiles, n'ont pour le moment pas abouti. Les fédérations d'employeurs ont présenté à la fin de l'année 2013 un projet d'avenant qui a été refusé par les syndicats de salariés. Les négociations portent actuellement sur une durée minimale de 16 heures par semaine ou 70 heures par mois, avec des exceptions pour certaines catégories très limitées. La prochaine commission mixte paritaire devrait se réunir le 3 juillet prochain.

b) Des conditions de travail tendues

Au niveau globalement faible des rémunérations s'ajoutent des facteurs de pénibilité physique et psychologique non négligeables.

Certains tiennent aux **modalités d'organisation de l'activité**. Les trajets sont nombreux et parfois longs. Si le temps partiel est fréquent - et souvent subi -, les personnels demeurent mobilisés sur des plages horaires étendues, allant du lever au coucher des personnes accompagnées. Ils effectuent en outre des interventions souvent hachées, caractéristique renforcée par le système de tarification horaire et la tendance actuelle à la limitation du niveau des plans d'aide. Ces éléments peuvent être sources de difficultés pour parvenir à concilier vie familiale et vie professionnelle.

D'autres difficultés tiennent aux **caractéristiques mêmes du métier** d'aide à domicile. La solitude des interventions, outre qu'elle peut exposer davantage aux accidents du travail, constitue également un facteur de risques psychologiques. Les stations debout sont bien plus fréquentes que dans d'autres professions : 95 % des salariés restent debout de façon prolongée contre une moyenne de 49 % pour les autres familles professionnelles en France¹. Il en est de même s'agissant du transport de charges lourdes, notamment lorsqu'il s'agit d'effectuer des transferts de personnes.

Dernier élément, la **détérioration de l'état de santé physique et psychique des personnes accompagnées** peut jouer sur la pénibilité ressentie par les intervenants.

¹ Drees, « Les conditions de travail des aides à domicile en 2008 », *Dossiers solidarité et santé*, n° 30, 2012.

Figure n° 3 : Indicateurs de pénibilité en fonction du poids des activités liées aux actes essentiels de la vie quotidienne (ADL) dans l'activité globale des salariés

	Salariés sans aide aux ADL	Salariés avec aide aux ADL			Ensemble
		ADL < 30%	ADL > 30%	Moyenne salariés avec ADL	
Indicateurs de pénibilité					
<i>Pénibilité liée au travail</i>	12,5%	15,4%	18,4%	17,5%	16,5%
<i>Pénibilités liées à l'environnement de travail</i>	9,5%	14,4%	15,4%	15,1%	13,9%
<i>Pénibilité liée à l'état de santé de la personne aidée</i>	7,9%	12,5%	15,3%	14,4%	13,0%
Indicateur global de pénibilité	29,8%	42,3%	49,1%	47,1%	43,3%
Niveaux de pénibilité en % de salariés					
<i>Pénibilité faible</i>	60,7%	32,4%	24,7%	27,1%	34,3%
<i>Pénibilité moyenne</i>	22,3%	39,0%	31,4%	33,7%	31,2%
<i>Pénibilité élevée</i>	17,0%	28,6%	43,9%	39,2%	34,5%

Source : Drees, « Les conditions de travail des aides à domicile en 2008 », *Dossiers solidarité et santé*, n° 30, 2012

L'ensemble de ces facteurs peuvent conduire à des **situations d'épuisement et d'usure prématurée des salariés**. Un tiers d'entre eux déclaraient en 2008 avoir connu au moins un arrêt de travail au cours des douze derniers mois, contre un quart pour les salariés du secteur privé¹. La proportion était de 45 % pour le mode prestataire, 17 % dans le mode d'emploi direct exclusif, 33 % dans le mode mandataire ou mixte.

Ces difficultés sont accentuées lorsque les structures d'aide à domicile n'ont pas mis en place un dispositif d'encadrement suffisant, que ce soit pour la gestion des plannings ou pour l'organisation de temps d'échanges entre intervenants. Le système de tarification horaire ne permet d'ailleurs pas de valoriser correctement des heures dites « improductives ».

¹ *Ibid.*

Figure n° 4 : Part des salariés ayant eu l'occasion d'aborder collectivement, avec d'autres personnes de leur service, les difficultés liées aux relations avec les personnes aidées ou leur famille

	Salariés intervenant exclusivement dans des services prestataires	Salariés intervenant en mode mandataire ou mixte	Ensemble, hors direct
Difficultés non abordées	28,3%	42,9%	35,8%
Difficultés abordées dans un cadre non organisé	5,5%	9,3%	7,5%
Difficultés abordées régulièrement ou ponctuellement dans le cadre de réunions organisées par la structure	66,2%	47,8%	56,7%

Source : Drees, « Les conditions de travail des aides à domicile en 2008 », Dossiers solidarité et santé, n° 30, 2012

La bonne **application des règles fixées par le code du travail et les conventions collectives** apparaît en outre problématique lorsque les structures, trop peu professionnalisées, ne disposent pas des moyens d'encadrement suffisants pour accompagner correctement leurs salariés. Certains salariés se plaignent parfois d'une mauvaise application de la modulation du temps de travail à leur détriment, du non-respect des délais de prévenance, des dispositions sur le travail du dimanche et des jours fériés, de la non rémunération des temps de déplacement entre deux séances consécutives de travail effectif, du non-respect du repos minimum légal et même de harcèlement moral pour leur faire signer des avenants à la baisse sur des contrats de travail. Il s'agit bien évidemment de cas individuels qui ne peuvent pas être analysés comme reflétant la situation générale du secteur.

Mais les contrôles réalisés par **l'inspection du travail** demeurent peu nombreux, alors même que le fait d'intervenir au domicile d'un particulier n'a pas pour conséquence d'empêcher toute forme de contrôle. De plus, ni les Directe, dans le cadre de l'agrément, ni les conseils généraux, dans le cadre de l'autorisation, n'assurent un suivi du respect de la réglementation sociale dans la mesure où cette exigence ne figure pas dans les cahiers des charges.

c) Un secteur qui continue de souffrir d'un déficit de reconnaissance sociale

Les personnels de l'aide à domicile continuent de souffrir de l'image dégradée de leur métier. Contrairement aux techniciennes de l'intervention sociale et familiale (TISF), dont la dimension pédagogique des interventions a très tôt été reconnue et valorisée, les aides à domicile demeurent faiblement valorisées et les missions qu'elles exercent sont souvent considérées comme une forme d'aide-ménagère améliorée ne nécessitant pas de compétences particulières.

Cette situation joue bien évidemment sur l'attractivité des métiers de l'aide à domicile ainsi que sur la capacité des structures à fidéliser leurs salariés : les difficultés propres aux missions effectuées sont souvent trop peu connues tandis que l'apport essentiel des intervenants auprès des publics fragiles reste insuffisamment valorisé.

Les métiers de l'aide à domicile ont pourtant très largement évolué et les salariés doivent aujourd'hui intervenir auprès de personnes atteintes de pathologies de plus en plus lourdes et complexes, pour lesquelles il est indispensable de disposer d'un savoir-faire et d'un savoir-être suffisants. Leur rôle en matière de prévention de la perte d'autonomie ou de détection des premiers signes de fragilité des personnes accompagnées est par exemple central, en particulier dans une optique de construction d'un parcours de santé coordonné.

Des **efforts de professionnalisation** importants ont été engagés par les fédérations d'aide à domicile, en partenariat avec la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). L'accès au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) par le biais de la validation des acquis de l'expérience (VAE), ouvert depuis la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002¹, a notamment constitué une véritable opportunité pour les salariés de l'aide à domicile. Ces actions, qui ont à la fois pour objet d'améliorer la situation des salariés mais également l'image des métiers exercés, ont un impact financier particulièrement lourd sur les structures d'aide à domicile et ne sont pas toujours suivies – parfois au contraire découragées – par les conseils généraux.

Les perspectives d'évolutions de carrière demeurent par conséquent limitées, ce qui nuit à l'attractivité du secteur. Cette situation est renforcée par l'absence de passerelles entre les services d'aide à domicile et d'autres structures, notamment établissements.

¹ Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

II. LES ÉVOLUTIONS DÉJÀ ENGAGÉES DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UNE ÉVALUATION CRITIQUE ET APPROFONDIE ET ÊTRE COMPLÉTÉES PAR D'AUTRES MESURES STRUCTURELLES

A. LE RENFORCEMENT DES MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS DES SERVICES D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE

1. Assurer un soutien accru et durable de l'Etat en faveur du secteur de l'aide à domicile

a) Les aides ponctuelles déjà apportées

La loi de finances pour 2012 a créé un premier **fonds de restructuration** d'un montant de 50 millions d'euros versé en deux tranches de 25 millions d'euros chacune, en 2012 puis 2013¹. Un deuxième fonds du même montant a été mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, lui aussi alloué en deux temps².

Inscrits au budget de la CNSA, ces fonds ont été répartis entre les agences régionales de santé (ARS), chargées ensuite de distribuer les crédits. Une fois l'aide accordée par les ARS³, les services devaient signer une convention de financement pluriannuelle organisant leur retour à l'équilibre sur la base d'objectifs visant par exemple à la réduction des frais de structures, à l'optimisation du temps de travail ou à la mise en œuvre de dispositifs de télégestion.

La DGCS a publié en octobre 2013 un bilan provisoire du versement de cette aide exceptionnelle à la restructuration des services d'aide à domicile. Le fonds 2012-2013 a bénéficié à 601 services. En 2013, sur 823 services ayant demandé une aide, 700 ont été déclarés éligibles. Au mois d'octobre 2013, 528 avaient été aidés, dont près d'un tiers avaient déjà été accompagnés au titre du premier fonds.

Les caractéristiques des structures aidées sont retracées dans le tableau suivant.

¹ Article 150 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012.

² Article 70 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

³ Les critères d'éligibilité présentés dans le bilan 2013 réalisé par la DGCS sont les suivants : le service doit exister au moins depuis le 1^{er} janvier 2009 ; il ne doit pas être en situation de liquidation judiciaire ; les déclarations fiscales et sociales doivent être à jour ; au moins 70 % de son activité doit être consacrée aux publics fragiles ; le résultat et/ou les fonds propres doivent avoir été négatifs en 2010 ou 2011 ou avoir connu une forte dégradation en 2012 ; pour les CCAS/CIAS, les dotations exceptionnelles indépendantes de l'activité ne sont pas prises en compte ; pour les services en cours d'expérimentation tarifaire, la situation est appréciée avant la conclusion du Cpom.

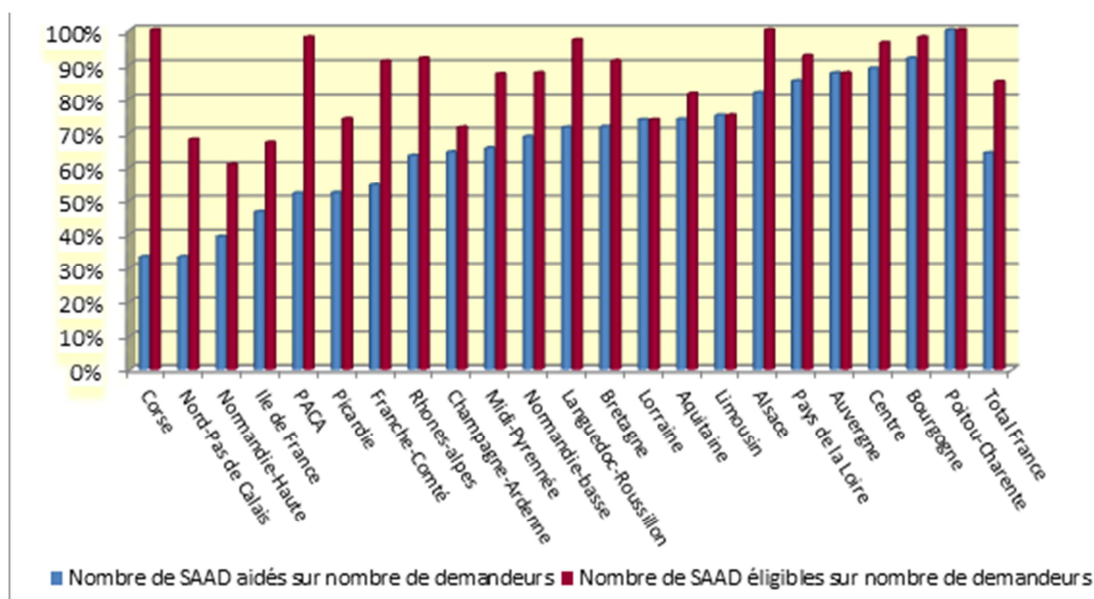
Figure n° 5 : Les services d'aide à domicile ayant bénéficié d'une aide exceptionnelle en 2012 puis 2013

	Services aidés en 2012	Services aidés en 2013
Régime juridique		
Autorisés	58,0%	38,0%
Agréés	27,0%	29,0%
Autorisés et agréés	15,0%	33,0%
Statut		
Associatif	84%	80%
Entreprise	3%	5%
CCAS/CIAS	9%	14%
Autre/Non renseigné	4%	1%
Nombre d'emplois concernés	35 000	52 860
Nombre d'ETP concernés	21 000	36 713
Volume d'activité auprès des publics fragiles	34,2 millions d'heures	51,1 millions d'heures

Source : DGCS – Premiers éléments de bilan : aide exceptionnelle à la restructuration des services d'aide à domicile 2013-2014

En moyenne, 37 % des montants demandés par les structures d'aide à domicile ont été effectivement couverts en 2012. Ce pourcentage s'élève à 56 % en 2013. Selon la DGCS, l'aide moyenne attribuée par service est passée de 900 euros en 2012 à 1 100 euros en 2013.

Certaines ARS ont fait le choix d'aider l'ensemble des services déclarés éligibles tandis que d'autres ont préféré concentrer leur soutien sur les structures les plus en difficulté.

Figure n° 6 : Fonds 2013 : services demandeurs, éligibles et aidés

Source : DGCS – Premiers éléments de bilan : aide exceptionnelle à la restructuration des services d'aide à domicile 2013-2014

En 2014, sur les 100 millions d'euros du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa) finalement dirigés vers le budget de la CNSA, 30 millions devaient être prélevés pour aider à la restructuration des services d'aide à domicile¹.

Ces aides ponctuelles, si elles apportent une respiration indispensable au fonctionnement des structures qui en ont bénéficié, doivent être confortées par des mesures plus durables.

b) La nécessité d'un effort accru de la part de l'Etat

Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement entame une timide avancée dans le domaine.

Au sein du produit de la Casa, **25 millions d'euros** devraient être fléchés vers la revalorisation des indemnités kilométriques de 0,35 à 0,37 euro et l'augmentation d'un point de la valeur du point d'indice dans la branche de l'aide à domicile.

350 millions d'euros seraient par ailleurs destinés à l'augmentation des plafonds des plans d'aide ainsi qu'à la diminution des restes à charge. Selon les données fournies par le rapport annexé au projet de loi, les plafonds d'aide mensuels seraient revalorisés de 400 euros pour les GIR 1, de 250 euros pour les GIR 2, de 150 euros pour les GIR 3 et de 100 euros pour les GIR 4. La baisse du ticket modérateur APA pourrait quant à elle atteindre au maximum 60 % pour la part du plan d'aide comprise entre 350 et 550 euros, 80 % au-delà. Le nouveau barème serait construit de façon à ce qu'aucun bénéficiaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) n'ait à acquitter le ticket modérateur.

Cependant, ces efforts ne permettront pas de rééquilibrer le financement de l'APA entre l'Etat et les départements.

Pour cette raison, vos rapporteurs proposent que l'étude nationale de coûts confiée en février dernier par la DGCS à un cabinet de conseil extérieur permette de fixer un **tarif national de référence de l'APA**. Ce tarif prendrait en compte les différents coûts supportés par les services mais également les exigences de renforcement de la qualité des prestations délivrées aux usagers ainsi que d'amélioration des conditions de travail des personnels. Afin de respecter la liberté dont doivent disposer les conseils généraux, le tarif national de référence pourrait être **modulé** en tenant compte de certaines caractéristiques, notamment géographiques.

L'augmentation des tarifs serait entièrement prise en charge par l'Etat, au moins pour la partie supérieure à la moyenne actuelle pratiquée par les départements. Le mécanisme adopté serait conçu de façon à ne pas créer d'effet d'aubaine pour des départements qui auraient délibérément sous-évalué les tarifs tout en tenant des contraintes financières rencontrées par les collectivités.

¹ Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Proposition

Renforcer durablement la participation de l'Etat dans le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) afin d'assurer la solvabilisation et la qualité des interventions des structures d'aide à domicile.

Sur la base de l'étude nationale de coûts engagée dans le secteur, définir un tarif national de référence de l'APA, modulable suivant les caractéristiques des départements.

2. Des efforts de mutualisation et de modernisation indispensables pour assurer à la fois la viabilité financière des structures et la qualité des interventions

Dans un secteur où les charges de personnel représentent 80 % à 90 % des coûts supportés par les services, les efforts de mutualisation ne peuvent avoir qu'une portée limitée.

Ils apparaissent cependant indispensables pour remédier à l'éparpillement des structures et leur permettre d'atteindre une taille critique. La mise en commun de fonctions supports, de personnels d'encadrement ou de certains personnels d'intervention (ergothérapeutes, psychologues...) doit également être considérée comme un levier indispensable à l'amélioration de la qualité du service rendu et de la situation des personnels.

Les **regroupements de services au sein de structures du type groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS)** peuvent constituer des pistes intéressantes. Il s'agit là de l'une des recommandations effectuées par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) et l'Inspection générale des finances (IGF) en 2010, qui appelaient les conseils généraux à encourager, que ce soit par le biais tarifaire ou par un accompagnement juridique et technique, ces mutualisations entre structures de petite taille¹. Lors de leur déplacement dans le Val-de-Marne, vos rapporteurs ont constaté que le regroupement de plusieurs services d'aide à domicile au sein du GCSMS « Bien vieillir en Ile-de-France » avait permis à ces structures, dont certaines étaient confrontées à des difficultés financières, de continuer à développer leur activité dans des conditions plus satisfaisantes. Le fait que le groupement comporte également un service de soins infirmiers à domicile (Ssiad) contribue par ailleurs à un décloisonnement des prises en charge.

¹ Igas/IGF, « Mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles », octobre 2010.

D'autres mesures doivent également aller dans le sens de la **modernisation des structures**. Pour les services prestataires, cette modernisation passe par la généralisation des dispositifs de **télégestion**, qui permettent d'assurer un meilleur suivi de la consommation des plans d'aide, ainsi que par l'amélioration des **systèmes d'information** utilisés par les structures.

Sur ces points, la CNSA apporte un soutien non négligeable au titre de ses missions relevant de la **section IV** de son budget¹. Elle a notamment noué des conventions avec des départements ainsi qu'avec les principales fédérations du secteur. Au 1^{er} janvier 2014, 46 départements et 8 fédérations étaient accompagnés par la CNSA pour des montants de subventions respectifs de 40 et 45 millions d'euros, versés sur plusieurs années.

Figure n° 7 : Conventions signées par la CNSA avec les départements et les fédérations d'aide à domicile en cours d'exécution au 1^{er} janvier 2014

	Nombre de conventions signées	Durée moyenne des conventions	Montant des programmes accompagnés (en millions d'euros)	Montant de la subvention CNSA (en millions d'euros)
Conventions départementales	46	3 ans	92,5	40,3
Conventions fédérations	8	2,5 ans	85,2	45,2

Source : CNSA

La CNSA a également lancé le **projet Esppadom**, qui vise au développement d'un système d'information permettant de standardiser les échanges de données relatives aux plans d'aide, à la facturation et à la télégestion, entre les structures d'aide à domicile et leurs financeurs.

Vos rapporteurs appellent à la poursuite et au renforcement de l'ensemble de ces efforts.

Proposition

Approfondir et accompagner les efforts de mutualisation et de modernisation engagés par les services d'aide à domicile dans une optique d'amélioration de leur situation financière et de la qualité du service rendu.

¹ Le budget de la CNSA est divisé en six sections, décrites à l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles et correspondant chacune à un ensemble de missions. La section IV est consacrée « à la promotion des actions innovantes, à la formation des aidants familiaux, à la formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et handicapées ».

3. Lutter contre la précarité des personnels et renforcer l'attractivité des métiers de l'aide à domicile

Le renforcement de l'effort financier en faveur du secteur de l'aide à domicile devrait contribuer à rendre soutenables les efforts de formation que réalisent depuis de longues années les structures d'aide à domicile au bénéfice de leurs personnels.

Le soutien qu'apporte la CNSA, toujours au titre de la section IV de son budget, dans le cadre des conventions qu'elle signe avec l'organisme paritaire collecteur agréé (Opc) de la branche, Uniformation, devrait pouvoir être conforté. Au 1^{er} janvier 2014, la convention en cours d'exécution représentait un montant de subvention de 46 millions d'euros.

Dans son dernier rapport d'activité, la CNSA indique que 45 322 professionnels ont bénéficié d'un parcours de formation dans le cadre de la précédente convention conclue avec Uniformation. Selon la DGCS, 10 % des personnes accompagnées ont pu accéder à un diplôme (9 % d'intervenants ; 1 % d'encadrants), les autres salariés ayant bénéficié d'actions professionnalisantes portant, par exemple, sur les troubles de la maladie d'Alzheimer ou sur les enjeux de bientraitance et de maltraitance (88 % d'intervenants ; 2 % d'encadrants).

Figure n° 8 : Convention signée par la CNSA avec Uniformation en cours d'exécution au 1^{er} janvier 2014

	Date de signature	Date de fin de convention	Montant du programme accompagné (en millions d'euros)	Montant de la subvention CNSA (en millions d'euros)
Uniformation	12/10/2012	12/10/2015	78,66	42,00

Source : CNSA

Vos rapporteurs estiment par ailleurs nécessaire de **rendre plus simple et plus lisible le paysage des différents diplômes et certifications applicables dans le secteur**. Cette recommandation rejoint les préoccupations du rapport Asseraf, publié en janvier 2009, qui dénombrait 26 certifications de niveau IV et V dans le secteur des services à la personne¹.

¹ ASSERAF Georges, « Pour une simplification de l'offre des certifications dans le champ des services aux personnes fragiles », 2009.

Il serait aujourd'hui utile d'envisager la création d'un socle de compétences commun au plus grand nombre de professionnels, ouvrant ensuite la voie à des spécialisations différentes et adaptées aux perspectives de chacun. Pour ce faire, la fusion du DEAVS avec le diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique (DEAMP) mérite d'être engagée. Les travaux entamés par la DGCS sur le sujet, en lien avec la branche de l'aide à domicile, vont dans ce sens.

A plus long terme, un rapprochement avec les diplômes du secteur sanitaire (aide-soignant, auxiliaire de puériculture) pourrait contribuer à la construction de passerelles entre structures intervenant auprès des publics fragiles. Il s'agirait en outre d'une évolution cohérente avec le souci de rapprochement des secteurs médico-social et sanitaire, dans une logique de prise en compte du parcours de santé des patients.

Le renforcement des **capacités d'encadrement** dans les services, qui demeurent aujourd'hui l'une des grandes faiblesses du secteur de l'aide à domicile, doit également être assuré. En particulier, l'accès à des fonctions de responsables de secteur, pivots de l'encadrement intermédiaire au sein des structures d'aide à domicile, doit pouvoir être encouragé, notamment en interne par la construction de passerelles entre les différents niveaux de certification.

Figure n° 9 : Classification des métiers dans le secteur de l'aide à domicile

Niveau	Définitions	Métiers correspondants dans la branche de l'aide à domicile		
I	3ème cycle et plus, école d'ingénieurs	Psychologue Médecin coordinateur Directeur(trice) général(e) d'entité	Responsable d'entité Chef de service Directeur(trice) de fédération départementale Directeur(trice) d'entité Directeur(trice) de service	
	Licence, Maîtrise	Infirmier(e) Ergothérapeute Coordinateur(trice) de services de soins		
II	BTS, DUT	Educateur(trice) de jeunes enfants Médiateur(trice) familial(e) Assistant(e) de direction Chargé(e) de développement Comptable Responsable de secteur Conseiller(e) technique	Secrétaire de direction Assistant(e) technique Secrétaire médical(e) Chargé(e) d'évaluation et de suivi social	Cadre administratif ou technique Cadre de secteur ou de proximité Responsable de service
		Technicien(ne) de l'intervention sociale et familiale Aide-comptable Secrétaire de direction		
III	Brevet professionnel, Bac professionnel			
IV	CAP, BEP	Employé(e) d'entretien Employé(e) de bureau Auxiliaire de vie sociale Aide médico- psychologique Aide-soignant(e) Auxiliaire de puériculture Secrétaire Hôte(sse) d'accueil	Employé(e) à domicile	Aide comptable
V				
Pas de diplôme requis		Agent(e) à domicile Agent(e) polyvalent Agent(e) de bureau Agent(e) d'entretien		

Source : Commission des affaires sociales - à partir de la classification des métiers indiquée dans la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD)

Par ailleurs, **la prévention de la pénibilité** constitue un enjeu essentiel dans un secteur où le personnel, très sollicité physiquement, ne doit pas se retrouver prématurément usé par l'exercice de son métier. Au-delà des initiatives individuelles, la structuration et le pilotage d'une véritable politique de prévention pourraient être assurés par la CNSA, en lien avec les fédérations, au titre de ses missions d'accompagnement des services d'aide à domicile.

Enfin, **le respect des règles fixées par le droit du travail et les conventions collectives** doit faire l'objet d'un suivi renforcé. La direction générale du travail devrait pouvoir assurer le suivi de l'évolution des contentieux dans ce secteur d'activité. L'inspection du travail, dont l'indépendance reste un principe fondamental, devrait malgré tout être sensibilisée à la nécessité d'effectuer des contrôles ciblés plus systématiques auprès des structures d'aide à domicile. Les cahiers des charges imposés aux acteurs par les financeurs et les organismes de certification pourraient quant à eux comporter des dispositions plus complètes sur les conditions de travail.

Propositions

Renforcer l'attractivité des métiers de l'aide à domicile en poursuivant la mise en place de formations qualifiantes et professionnalisantes ainsi qu'en engageant une réforme des diplômes et certifications applicables dans le secteur.

Engager une politique structurée de prévention de la pénibilité dans le secteur de l'aide à domicile via la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Encourager, tout en respectant l'indépendance des inspecteurs du travail dans l'organisation de leurs tâches, des contrôles plus systématiques dans les structures d'aide à domicile.

Renforcer les dispositions relatives aux conditions de travail dans les cahiers des charges applicables aux services d'aide à domicile.

B. AMÉLIORER DURABLEMENT L'ENVIRONNEMENT JURIDIQUE DES SERVICES D'AIDE À DOMICILE

1. Garantir une tarification au juste coût et limiter les écarts entre départements

a) L'expérimentation d'une tarification forfaitaire globale dans le cadre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

De l'avis de la plupart des interlocuteurs rencontrés par vos rapporteurs, le système de tarification horaire des services d'aide à domicile apparaît aujourd'hui dépassé en ce qu'il ne permet pas de prendre en compte l'ensemble des coûts supportés par les structures ni de valoriser certaines missions ne se rattachant pas directement aux interventions au domicile des personnes accompagnées.

L'article 150 de la loi de finances pour 2012, en même temps qu'il mettait en place le premier fonds d'urgence, autorisait les services d'aide à domicile à expérimenter des systèmes de tarification alternatif pour une durée de trois ans maximum dans le cadre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom). Le premier, issu des réflexions menées par l'Assemblée des départements de France (ADF) avec des fédérations du secteur, repose sur la mise en place d'un forfait global tandis que le second vise à conserver un système de tarification horaire assorti, le cas échéant, de la valorisation de missions d'intérêt général.

Le cahier des charges de ces expérimentations a été défini par arrêté le 30 août 2012¹. Ce texte a été complété par un arrêté du 6 janvier 2014 visant à prolonger l'expérimentation ainsi qu'à préciser les modalités de celle-ci pour les services intervenant auprès des bénéficiaires de la PCH².

¹ Arrêté du 30 août 2012 fixant le cahier des charges des expérimentations relatives aux modalités de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile et le contenu du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné au 1° du I de l'article 150 de la loi du 28 décembre 2011 de finances pour 2012.

² Arrêté du 6 janvier 2014 modifiant l'arrêté du 30 août 2012 fixant le cahier des charges des expérimentations relatives aux modalités de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile et le contenu du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné au 1° du I de l'article 150 de la loi du 28 décembre 2011 de finances pour 2012.

**L'expérimentation d'une tarification globale des services d'aide et
d'accompagnement à domicile**
Les règles fixées par le cahier des chargés défini par arrêté du 30 août 2012

Conditions générales de mise en œuvre des expérimentations

Les expérimentations peuvent avoir une durée de trois ans maximum, une fois signé le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom) avec la structure concernée. L'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles prévoit déjà la possibilité de conclure des Cpom. Les expérimentations sont en théorie ouvertes à la fois aux services autorisés et agréés et applicables aux activités d'accompagnement des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées.

Elles ne doivent pas avoir pour conséquence une dégradation des conditions de prise en charge ou du reste à charge des bénéficiaires. L'accord des services concernés, de même que celui des usagers, doit avoir été recueilli au préalable.

Contenu du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Le cahier des charges dresse la liste des missions pouvant être réalisées, chaque Cpom devant ensuite décliner ces missions et définir si, oui ou non, elles doivent être exercées par le service :

- des missions d'intérêt général : continuité d'intervention ; continuité de service ; couverture territoriale ; prise en charge de toutes les populations s'adressant au service (non-discrimination d'accès) ; lutte contre l'isolement ; insertion et formation professionnelle ; participation à la sécurité des personnes ; participation à la définition des politiques publiques ; expertise et innovation sociale et médico-sociale ; prévention ;

- des missions d'intervention : vie quotidienne ; actes essentiels ; participation à la vie sociale ; aide à la parentalité (pour les services familles et handicap) ; aide à la communication ; aide aux aidants ;

- des missions de prévention : lutte contre les chutes ; activités physiques et cognitives (ex : atelier mémoire) ; lutte contre la malnutrition et la déshydratation ; lutte contre les troubles médico-sociaux (ex : dépression) ; aménagement de l'habitat (domotique, sécurité énergétique) ; lutte contre l'isolement.

Le cahier des charges indique que le Cpom peut prévoir des financements conjoints avec d'autres financeurs (ARS, caisses de retraite, CNSA), par exemple sur des missions de prévention, de coordination du parcours de soins ou de modernisation.

Concernant l'organisation de la structure, le Cpom doit définir, sur la base des indications fournies par le service, les temps de réunion nécessaires à son fonctionnement, les matériels mis à disposition des salariés ainsi que les formations qui leur sont proposées. Le service doit par ailleurs s'engager à mettre en place un dispositif de télégestion.

Le nombre d'équivalents temps plein (ETP) nécessaires à la réalisation des prestations et le taux de qualification des personnels, fonction du Gir moyen pondéré des structures, sont également précisés dans le Cpom. Le service doit également s'engager à faire intervenir un psychologue ou toute autre personne formée pour analyser les pratiques professionnelles. De la même façon, les besoins des fonctions support doivent être indiqués dans le Cpom (nombre d'ETP de personnels administratifs notamment).

Le Cpom doit également définir un ratio de flexibilité permettant d'ajuster l'enveloppe de financement aux évolutions à la hausse ou à la baisse de l'activité telle qu'elle a été prévue au moment de la signature du contrat.

Définition du plan individuel d'intervention

L'intervention du service auprès de l'utilisateur est définie sur la base d'un plan individuel d'intervention qui, au-delà du degré de perte d'autonomie, tient compte du niveau d'isolement de la personne. Il doit être co-construit par les services du conseil général, le service d'aide à domicile et l'utilisateur.

Cette procédure s'effectue en trois phases : le diagnostic médico-social et l'élaboration d'objectifs de prise en charge par l'équipe médico-sociale ; la signature entre le service d'aide à domicile et l'utilisateur d'un contrat d'intervention ; la mise en place d'un projet individuel d'intervention, déterminant les modalités opérationnelles de celle-ci, validé par l'équipe médico-sociale du département.

Modalités de calcul du forfait global négocié

Le forfait global est composé des missions d'intervention réalisées dans le cadre des plans d'aide APA ou PCH, des missions d'intérêt général ou de prévention, financées sous la forme de compensations financières spécifiques, et, le cas échéant, de la gestion déléguée d'aides techniques ou d'aides au logement et à l'habitat.

Il est déterminé sur la base des prévisions du nombre d'utilisateurs pris en charge par le service en tenant compte du Gir moyen pondéré et du niveau d'aide apporté par l'entourage (entourage moyen pondéré). Les temps de non présence directe (transports, réunions, activités de représentation des personnels) et les dépenses de structure font l'objet d'une appréciation propre.

Le forfait est versé mensuellement pour 90 % de son montant. Les 10 % restants sont gelés en début d'exercice et libérés à l'issue d'un dialogue de gestion entre le financeur et le service en fonction de la réalisation des objectifs fixés par le Cpom.

Conformité des Cpom avec le droit communautaire

L'arrêté fixant le cahier des charges précise que le Cpom vaut mandatement au sens du droit communautaire.

Cela implique pour le contrat de mentionner : la nature et la durée des obligations de service public permettant de satisfaire les besoins sociaux ; le ou les fournisseurs concernés et le territoire concerné ; la nature, le cas échéant, des droits exclusifs ou spéciaux éventuellement octroyés par la collectivité territoriale ; la description du mécanisme de compensation et les paramètres de calcul, de contrôle et de révision de la compensation ; les modalités de récupération des éventuelles surcompensations et les moyens d'éviter ces surcompensations ; l'engagement du service à présenter une comptabilité séparée pour l'activité relevant de la fourniture de ce service.

Le service doit par ailleurs se soumettre aux engagements suivants : accès universel ; accessibilité tarifaire ; continuité ; qualité ; protection et participation des utilisateurs.

L'expérimentation du forfait global a été lancée dans une dizaine de départements. En pratique, le bénéficiaire achète un certain nombre d'heures d'aide à domicile et acquitte un ticket modérateur forfaitisé, lissé sur l'ensemble de l'année, qui correspond à une partie du coût global de l'enveloppe.

Figure n° 10 : Départements engagés dans l'expérimentation du forfait global au début de l'année 2014

Départements expérimentateurs	Début de l'expérimentation	Nombre de services concernés	Public
Doubs	2011	9	PA
Pas-de-Calais	2012	1	PA
Côtes d'Armor	2012	2	PA/PH
Ain	2012	non renseigné	PA
Lot	2012	non renseigné	PA
Charente	2013	non renseigné	PA
Corrèze	2013	non renseigné	PA/PH
Meurthe-et-Moselle	2013	non renseigné	PA/PH
Aisne	2013	non renseigné	PA/PH
Essonne	En cours	non renseigné	non renseigné
Pyrénées-Orientales	En cours	non renseigné	non renseigné
Indre-et-Loire	1 ^{er} janvier 2014	non renseigné	PA
Sarthe	1 ^{er} janvier 2014	non renseigné	PA/PH
Isère	En cours	non renseigné	non renseigné

Source : ADF

b) Les enjeux d'une réforme tarifaire pérenne

La mise en place d'un forfait global dans le cadre d'un Cpom présente des avantages certains.

Elle permet en premier lieu de **sécuriser les relations entre les services et le conseil général** en garantissant plus de visibilité dans l'évolution des financements. Les services doivent disposer de davantage de souplesse dans leurs interventions et les risques de pertes de recettes en raison de la sous-consommation des plans d'aide sont normalement évités. Comme le soulignent certaines fédérations dans les retours d'expérience transmis à vos rapporteurs, des relations d'un type plus partenarial se construisent entre conseils généraux et services, permettant de dépasser la relation traditionnelle de donneur d'ordres à prestataire.

Le cahier des charges de l'expérimentation prévoit par ailleurs la valorisation d'un certain nombre de **missions d'intérêt général**, par exemple de prévention ou de lutte contre l'isolement, sur le modèle du dispositif existant pour les établissements sanitaires. Au-delà des interventions propres des services, doit donc pouvoir être intégré dans la tarification le coût qu'emporte la prise en compte d'éléments visant à l'amélioration de la qualité du service rendu par les structures d'aide à domicile et pouvant être assimilés à des missions de service public.

Le **plan individuel d'intervention**, construit conjointement par l'usager, le service et le conseil général, doit se fonder sur une évaluation qui aille au-delà de la seule détermination du niveau de dépendance par le biais de la grille AGGIR, notamment par la détermination du degré d'isolement. Cette volonté de prendre en compte un ensemble de facteurs qui jouent sur le degré d'autonomie de la personne est cohérente avec l'évolution engagée par le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement qui insiste sur la nécessité d'une évaluation multidimensionnelle.

Vos rapporteurs notent que, derrière la volonté de sécuriser les modalités de financement des services d'aide à domicile, réside également le souci d'améliorer la qualité des interventions réalisées auprès des usagers en confiant aux structures des missions de service public définies dans un cadre contractuel. C'est en ce sens que la mise en œuvre de ces expérimentations a pu être qualifiée à juste titre de « processus de refondation » des services d'aide à domicile.

Vos rapporteurs demeurent malgré tout attentifs à certains éléments de l'expérimentation qui leur semblent devoir faire l'objet d'une analyse plus approfondie.

Ainsi, la **forfaitisation du reste à charge**, qui peut rassurer l'usager dans une certaine mesure, risque également de susciter de l'incompréhension dans les situations où l'ensemble du plan n'a pas été consommé pendant un mois donné. Les retours des fédérations auprès de vos rapporteurs montrent d'ailleurs que chaque département

expérimentateur semble avoir défini ses propres règles quant à la façon dont doit être ajusté le reste à charge en cas d'interruption du plan d'aide liée, par exemple, à une hospitalisation.

Le cahier des charges de l'expérimentation prévoit le versement, par douzième, de 90 % du montant de la dotation globale, les 10 % restants étant gelés en début d'exercice puis libérés, le cas échéant, à l'issue d'un dialogue de gestion entre le service et le conseil général. Si ce mécanisme permet d'assurer une certaine sécurité en cas d'évolution à la hausse ou à la baisse de l'activité, **le niveau de l'enveloppe de financement doit malgré tout avoir été construit sur des bases suffisamment solides**. Or la définition du forfait global continue de se faire sur la base des coûts historiques et de la multiplication d'un tarif horaire par un nombre d'heures prévisionnel.

Si les missions d'intérêt général sont énumérées dans le cahier des charges de l'expérimentation, les retours des fédérations d'aide à domicile montrent qu'elles n'ont pas été systématiquement déclinées dans les Cpom, sans doute parce qu'aucune **méthodologie** n'a encore été définie pour parvenir à les valoriser. Il en est de même s'agissant de la façon dont doit être apprécié le degré d'isolement, le cahier des charges parlant d'« entourage moyen pondéré » sans pour autant définir la façon dont celui-ci doit être apprécié.

De la même façon, les **co-financements** prévus par le cahier des charges entre l'assurance maladie et les conseils généraux n'ont pas été mis en œuvre pour le moment. Ces co-financements apparaissent pourtant essentiels dans la perspective d'une prise en charge des personnes fondée sur le décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social.

Toutes ces interrogations montrent combien il est nécessaire d'assurer un suivi précis de l'expérimentation et de procéder rapidement à son évaluation. Or le comité de pilotage chargé d'assurer cette mission ne s'est réuni qu'une fois, le 3 juillet 2013, date de son installation. Parallèlement, le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement propose de prolonger l'expérimentation pour une année supplémentaire.

Vos rapporteurs estiment qu'une toute autre méthode devrait être suivie. L'expérimentation a été lancée dès 2012 dans un certain nombre de départements et il apparaît d'ores et déjà possible d'en tirer un grand nombre de conclusions. Une mission d'évaluation devrait par conséquent être confiée dès à présent à l'Igas afin que les voies d'une réforme pérenne puissent être définies au plus vite. Cette réforme devra s'appuyer sur **l'étude nationale de coûts**, dont les conclusions doivent pouvoir être disponibles au plus tôt.

L'ensemble du processus doit faire l'objet d'un pilotage fort. Les expériences passées, notamment celle de la réforme de la tarification des Ssiad, montrent que le risque d'enlisement en matière de réforme tarifaire est très présent. Or le comité mentionné précédemment n'a pas été en mesure

d'assurer son rôle de suivi et de pilotage de la réforme. Vos rapporteurs proposent par conséquent de **confier à un acteur unique, la CNSA, la mission d'assurer, en partenariat avec les acteurs concernés, la préparation puis la mise en œuvre de la réforme**, en particulier l'harmonisation des pratiques entre les départements et la définition de méthodologies communes, par exemple en ce qui concerne la valorisation des missions d'intérêt général.

Propositions

Confier dès 2014 à l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) une évaluation des expérimentations de refondation tarifaires et organisationnelles menées actuellement dans les départements.

Accélérer la mise en œuvre de l'étude nationale de coûts lancée dans le secteur afin que les résultats de celle-ci soient disponibles dès la fin de l'année 2014.

Sur la base de l'évaluation des expérimentations et de l'étude nationale de coûts, engager dès 2015 une réforme pérenne de la tarification des services d'aide à domicile. Confier à la CNSA le pilotage de la réforme.

2. Créer les conditions de la mise en place d'un véritable service public de l'autonomie

a) Substituer au double régime d'autorisation/agrément un dispositif unique et rénové d'autorisation des services d'aide à domicile

L'ensemble des interlocuteurs rencontrés par vos rapporteurs ont souligné les limites du système actuel du droit d'option.

Complexe et opaque pour l'utilisateur, mais également pour les services, la coexistence d'un régime d'autorisation et d'agrément n'est pas sans conséquences sur le bon fonctionnement du secteur. Le rapport précité de Bérengère Poletti souligne ainsi les réticences de certains conseils généraux vis-à-vis du développement d'une offre de services agréés. A l'inverse, dans les départements où beaucoup de structures agréées se sont créées, les conseils généraux semblent rencontrer des difficultés pour parvenir à gérer une offre éparpillée et parfois instable. De leur côté, certaines unités territoriales des Direccte ne prennent pas systématiquement en compte l'avis du conseil général au moment de délivrer l'agrément.

Ce même rapport note également que « *la philosophie même de la loi « hôpital, patients, santé et territoires » s'agissant de la prise en charge des publics fragiles a contribué à mettre en exergue la difficulté à gérer une partie des services portés aux publics les plus fragiles hors du champ médico-social, alors même que le principe de la loi HPST fait de l'autorisation par appel à projet l'un des principaux outils de la régulation de l'offre sur le champ – même dans le cas de financements publics indirects. Les deux logiques à l'œuvre dans le droit d'option – la réponse aux*

besoins identifiés sur le terrain par une régulation de l'offre dans le cas de l'autorisation et la création d'un secteur à gisement d'emplois potentiellement important pour l'agrément – ne satisfont pleinement aucun des acteurs du secteur. Le droit d'option suscite des incompréhensions et des rejets de part et d'autre des deux régimes ». En conséquence, le rapport Poletti préconise une unification vers un seul régime d'agrément qui serait délivré par l'ARS. Une telle proposition, si elle apparaît cohérente avec la logique de la loi « HPST » et l'ouverture du champ de compétence des ARS au secteur médico-social, ne permettrait pas de respecter la règle fixée à l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles selon laquelle la répartition des compétences en matière d'autorisation suit la répartition de la charge financière.

Vos rapporteurs estiment donc légitime de laisser le département compétent en matière d'autorisation dans le champ des services d'aide à domicile. Par cohérence avec les évolutions envisagées dans le domaine de la tarification, ils recommandent donc de **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 seraient par ailleurs soumis à des critères de qualité communs et les dispositifs d'évaluation seraient uniformisés. De ce point de vue, vos rapporteurs estiment utile de s'inspirer des règles applicables aux services agréés, plus claires et plus faciles à appréhender que les très nombreuses recommandations auxquelles doivent se soumettre les services autorisés.

Une telle évolution constituera très certainement un bouleversement pour le secteur. Mais elle est cohérente avec l'idée que se font vos rapporteurs du rôle des services d'aide à domicile auprès des plus fragiles. Une période de transition devra bien évidemment être ménagée pour les services agréés. Or c'est justement ce que prévoit le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement puisqu'un de ses articles permet, sous certaines conditions, d'exonérer de la procédure d'appel à projets les services agréés qui souhaiteraient obtenir l'autorisation.

Proposition

Substituer au double régime de l'autorisation et de l'agrément un seul système d'autorisation rénové.

b) Assurer une coordination accrue entre les intervenants au domicile

Le renforcement de la qualité des interventions au domicile des personnes fragiles passe par une coordination accrue entre les structures.

Depuis un décret publié en juin 2004 peuvent être créés des **services polyvalents d'aide et de soins à domicile** (Spasad), qui regroupent des services d'aide à domicile et des services de soins infirmiers à domicile¹. Le rapprochement entre ces deux types de services emporte de véritables opportunités en termes de mutualisation. Il peut également avoir un impact positif sur les salariés des services d'aide à domicile, davantage associés à des missions de prévention, valorisés dans l'exercice de leurs fonctions et stimulés dans le développement de leurs compétences professionnelles. Plusieurs Spasad ont ainsi développé, sur des sujets tels que le repérage des signes de fragilité chez les personnes accompagnées, des séances de tutorat qui sont l'occasion de partages d'expériences entre personnels des Ssiad et des services d'aide à domicile.

Pourtant, il n'existe aujourd'hui que 91 structures. L'application de systèmes de tarification distincts, de conventions collectives différentes, l'existence de deux budgets ou l'absence de liens dans l'élaboration des plans d'aide peuvent constituer des freins au développement des Spasad. Cependant, aucune évaluation globale n'a encore été menée pour examiner ces questions en profondeur.

Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile

Article D. 312-7 du code de l'action sociale et des familles

« Les services qui assurent, conformément aux dispositions des 6° et 7° de l'article L. 312-1, les missions d'un service de soins à domicile tel que défini à l'article D. 312-1 et les missions d'un service d'aide et d'accompagnement défini à l'article D. 312-6 sont dénommés services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

L'élaboration d'un projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins, sur la base d'une évaluation globale des besoins de la personne, est conduite par une équipe pluridisciplinaire composée des personnels mentionnés aux articles D. 312-2 et D. 312-6 et coordonnée par un personnel salarié du service. »

Vos rapporteurs recommandent par conséquent que soit confiée au plus vite à l'Igas **une évaluation du fonctionnement des Spasad** afin que puissent être clairement établies les pistes d'amélioration du dispositif. Parmi celles-ci devrait tout particulièrement être étudiées les modalités selon lesquelles pourrait être assurée une **fongibilité complète entre les enveloppes de financement** – assurance maladie et conseils généraux –. Vos rapporteurs estiment également qu'une généralisation du modèle des Spasad

¹ Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

ne pourra être obtenue qu'au prix d'un **renforcement des liens entre ARS et conseils généraux**, afin que ceux-ci deviennent pleinement partenaires dans la structuration d'une offre de services et de soins permettant d'éviter les ruptures de prise en charge.

Le décloisonnement des prises en charge est sans cesse présenté comme indispensable à l'amélioration du parcours de santé. Les tentatives de rapprochement entre secteur médico-social et sanitaire continuent pourtant de revêtir un caractère largement expérimental, notamment dans le cadre du parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa).

L'UNADMR et la fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad) ont lancé en mai 2013 une expérimentation visant à améliorer la coordination entre Ssiad et HAD. 13 structures de HAD et 43 Ssiad y participent. Les résultats de l'expérimentation, qui devraient être disponibles à l'automne 2014, pourront contribuer à éclairer des évolutions futures.

Il est aujourd'hui plus que nécessaire de **dépasser les expérimentations pour développer des dispositifs pérennes de coordination entre les structures sanitaires et médico-sociales** dans lesquels les services d'aide à domicile puissent trouver toute leur place.

Propositions

Confier à l'Igas une mission d'évaluation du fonctionnement actuel des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) pour établir clairement les pistes d'amélioration du dispositif, notamment les modalités selon lesquelles pourrait être assurée la fongibilité des enveloppes de financement.

Développer des dispositifs pérennes de coordination entre les structures sanitaires et médico-sociales dans lesquels les services d'aide à domicile puissent trouver toute leur place.

TRAVAUX DE LA MISSION

I. PRÉSENTATION DU RAPPORT D'INFORMATION

Réunie le mercredi 6 juin 2014, sous la présidence de Mme Annie David, présidente, la commission procède à l'examen du rapport d'information de MM. Dominique Watrin et Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteurs, sur l'aide à domicile.

M. Dominique Watrin, rapporteur. – La commission des affaires sociales a lancé en début d'année une mission relative à la situation des services d'aide à domicile qui interviennent auprès des personnes handicapées ou âgées en situation de perte d'autonomie. Beaucoup de ces structures sont confrontées à une dégradation de leur situation financière qui, dans certains cas, menace leur pérennité. Nous avons souhaité mieux comprendre ces difficultés mais également tracer les pistes d'une amélioration durable du fonctionnement des services. Après une vingtaine d'auditions, une table ronde ayant rassemblé les syndicats de salariés représentatifs dans la branche de l'aide à domicile et deux déplacements, le premier en Haute-Loire et le second dans le Val-de-Marne, notre constat est clair : il est urgent d'agir !

Les difficultés rencontrées par le secteur sont dues en premier lieu à une contraction à la fois des dépenses publiques et de celles des ménages. Cette évolution est particulièrement marquée pour les conseils généraux, qui font face à un effet de ciseaux entre la croissance soutenue des charges liées aux prestations individuelles de solidarité et la diminution de leurs recettes. Dans ces conditions, le niveau des plans d'aide ne peut augmenter significativement tandis que certains bénéficiaires, confrontés à des restes à charge croissants, renoncent à consommer l'ensemble des plans qui leur sont alloués. De plus, l'augmentation constatée des tarifs horaires conduit à des plans d'aide moins riches en heures, compte tenu des plafonds applicables pour chaque groupe iso-ressources (GIR). Les services d'aide à domicile, dont l'activité avait pu être stimulée par la forte montée en charge de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH), voient celle-ci stagner, lorsqu'elle ne diminue pas. Un autre facteur tient au système de tarification horaire qui n'est aujourd'hui plus en mesure de couvrir l'ensemble des coûts, particulièrement rigides dans la mesure où les dépenses de personnel en représentent 80 % à 90 %. En outre, le secteur demeure organisé autour d'un grand nombre de petites structures, dont certaines n'atteignent pas la taille suffisante pour être viables financièrement.

Dès lors, nombreuses sont les associations et les entreprises qui, chaque année, grignotent un peu plus leurs fonds propres pour compenser des déficits récurrents. Pour pallier cette situation, deux fonds d'urgence d'un montant de 50 millions d'euros chacun ont été créés en 2012 et 2013 dans le cadre de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour venir en aide aux structures les plus en difficulté. Mais sans une réforme structurelle du secteur, ces mesures ponctuelles ne font que retarder un processus inexorable de détérioration de la situation financière des services. Une réforme d'ensemble est urgente. Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement a été présenté hier en Conseil des ministres. L'ensemble du texte s'articule autour d'un élément central, le maintien à domicile, souhaité par une très grande majorité de Français et brandi depuis de longues années comme l'un des axes forts devant guider les politiques publiques à destination des personnes âgées. Il existe là une opportunité pour le Parlement de proposer les évolutions nécessaires à l'amélioration durable du fonctionnement des services d'aide à domicile.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur. – Dans quel environnement légal et réglementaire évoluent aujourd'hui ces structures ? Un seul mot suffirait à le décrire : la complexité.

Historiquement, ce sont les associations qui, dans le contexte de reconstruction de l'après Seconde Guerre mondiale, ont porté les premiers services d'aide à domicile, principalement à destination des familles en difficulté, de façon plus ponctuelle auprès des personnes âgées malades ou isolées. C'est aujourd'hui ce public qui concentre l'essentiel des interventions. Les principales fédérations regroupant ces associations, qu'il s'agisse notamment de l'UNA ou, en milieu rural, de l'ADMR, nous sont bien connues. Les centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS/CIAS) ont également créé leurs propres services. Depuis près de vingt ans, les entreprises privées sont elles aussi en mesure de développer des activités de service au domicile des publics fragiles. La loi du 29 janvier 1996 en faveur du développement des emplois de services aux particuliers ouvre en effet aux entreprises qui se consacrent exclusivement à des tâches ménagères ou familiales la possibilité de bénéficier d'un agrément jusque-là réservé aux seules associations. La loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne, dite loi « Borloo », a opéré un changement profond en faisant de l'aide au domicile des publics fragiles une catégorie d'un champ plus vaste regroupant l'ensemble des services à la personne.

Derrière la volonté d'ouvrir ce secteur à l'initiative privée réside la conviction selon laquelle les services à la personne représentent un gisement considérable d'emplois non délocalisables pour des publics a priori éloignés du marché du travail car souvent peu ou non qualifiés. Le plan Borloo, défini en février 2005, s'était ainsi fixé l'objectif d'aboutir à la création de 500 000 emplois en trois ans. En 2012, les organismes prestataires de services à la personne employaient environ 430 000 salariés dont un peu moins de 250 000 au sein d'associations. Particulièrement affectées par la crise de l'aide à domicile, ces dernières ont perdu près de 10 000 emplois en 2011 puis 2012.

La double injonction assignée aux services d'aide à domicile – favoriser la cohésion sociale et soutenir le développement de l'emploi – explique en grande partie la complexité de l'environnement juridique dans lequel évoluent aujourd'hui ces structures.

Depuis 2005, coexistent en effet deux modalités de création. En premier lieu, les services peuvent être autorisés pour une durée de quinze ans par le président du conseil général. Depuis la loi « HPST » du 21 juillet 2009, l'autorisation est subordonnée à la mise en place d'un appel à projets, procédure applicable dans l'ensemble du secteur médico-social. Mais les services peuvent également faire le choix de l'agrément, délivré pour cinq ans après avis du conseil général, par les directions du ministère du travail présentes dans le département. Si la délivrance de l'autorisation vaut agrément, l'équivalence n'est pas totale et l'agrément ne vaut pas autorisation. Ces deux procédures correspondent à des logiques différentes : soutien à l'emploi pour l'agrément ; construction d'une offre de services médico-sociaux en fonction des besoins identifiés sur les territoires départementaux pour l'autorisation. Si la loi pose le principe d'exigences de qualité équivalentes pour les services autorisés et agréés, la fréquence et les modalités selon lesquelles celle-ci est évaluée varient.

Le droit d'option entre autorisation et agrément emporte également des conséquences en termes de tarification. Lorsqu'une structure est agréée, elle fixe librement le tarif horaire de la prestation avec l'utilisateur au moment de la signature du contrat. L'évolution du tarif est ensuite encadrée dans une limite fixée chaque année par arrêté ministériel. Si l'intervention s'effectue dans le cadre de l'APA ou de la PCH, une partie de son coût est prise en charge par le conseil général sur la base d'un tarif de référence qu'il a lui-même défini. La délivrance de l'autorisation conduit, quant à elle, à la mise en place d'une tarification administrée, définie dans le cadre d'une négociation budgétaire annuelle entre le conseil général et chaque structure concernée. A ces deux types de financements s'ajoutent ceux apportés par les caisses d'assurance vieillesse dans le cadre de leur action sociale auprès des retraités les moins dépendants, c'est-à-dire relevant des GIR 5 et 6. L'heure d'aide à domicile est alors financée sur la base d'un tarif défini au niveau national et par conséquent identique sur l'ensemble du territoire. En 2013, le tarif horaire fixé par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) s'élevait à 19,40 euros.

Les tarifs appliqués aux structures autorisées sont extrêmement variables selon les territoires. Ils sont compris en moyenne entre 17 et 25 euros de l'heure. Une étude de la Cnav pour l'année 2010 indique par ailleurs que près de 60 % des conseils généraux appliquaient cette année-là une tarification moyenne inférieure à celle de la Cnav. Or ce tarif est jugé largement insuffisant par la plupart des acteurs. S'agissant des services agréés, le tarif de référence qui leur est appliqué est lui aussi souvent inférieur au tarif national fixé par la Cnav. Bien qu'aucune étude nationale de coûts ne permette, pour le moment, d'avoir une appréciation précise des charges supportées par les structures d'aide à domicile, toutes les auditions que nous avons menées nous conduisent à estimer que le tarif permettant d'assurer l'équilibre financier, la qualité des services et le bien-être des salariés est beaucoup plus élevé que celui appliqué par la Cnav. Au final, si la variabilité des tarifs entre les départements pose question en termes de couverture équitable des besoins, leur faible

niveau général nuit aussi bien à la qualité du service rendu qu'aux salariés, notamment en décourageant les efforts de formation et de professionnalisation réalisés par les services.

Dernier élément de complexité, l'intervention au domicile peut s'effectuer selon trois modes distincts. On parle de gré à gré lorsque l'intervenant est directement salarié par la personne chez qui il vient travailler. L'activité est exercée en mode prestataire lorsque le bénéficiaire n'est pas employeur mais simple usager d'un service délivré par une personne salariée d'une association, d'une entreprise ou d'un CCAS. Il existe enfin un dispositif intermédiaire dans lequel le bénéficiaire emploie l'intervenant mais se voit déchargé d'un certain nombre de formalités administratives par la structure d'aide à domicile : c'est le mode mandataire. La coexistence de ces trois modes d'intervention n'est pas sans conséquences. Une heure de gré à gré étant moins onéreuse qu'une heure en mode prestataire, cette modalité d'intervention est parfois privilégiée par les personnes les plus dépendantes qui, dans le cadre d'un plan d'aide par définition fermé, ont besoin d'un grand nombre d'heures d'intervention. Mais le gré à gré emporte pour le bénéficiaire, du fait de son statut d'employeur, des responsabilités que n'impose pas le fait d'être simple usager d'un service d'aide à domicile. Les salariés sont également placés dans des situations différentes. Outre qu'ils sont régis par des conventions collectives distinctes, leur environnement de travail varie considérablement : si le gré à gré permet probablement une plus grande liberté d'organisation, l'encadrement qu'apporte une structure d'aide à domicile peut être appréciable s'agissant de métiers caractérisés par une grande solitude d'exercice et par la confrontation à des situations humaines difficiles.

M. Dominique Watrin, rapporteur. – La profession est féminine dans son immense majorité. En 2010, 98 % des professionnels intervenant au domicile de personnes fragilisées sont des femmes. Leur moyenne d'âge est relativement élevée - 45 ans -, certaines intervenantes ayant eu parfois une autre vie professionnelle avant de s'engager dans le secteur de l'aide à domicile. 62 % d'entre elles ne disposent d'aucun diplôme dans le secteur sanitaire ou social et 70 % travaillent à temps partiel. Il existe d'ailleurs un lien de corrélation entre ces deux indicateurs : plus les intervenantes sont qualifiées, plus leur temps de travail est élevé.

Alors que des efforts importants de revalorisation salariale avaient été réalisés au début des années 2000 pour les salariés des structures privées non lucratives, le gel du point d'indice depuis le mois d'avril 2009 conduit à un tassement des rémunérations au niveau du Smic. Le taux d'évolution de la masse salariale, fixé chaque année par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) pour l'ensemble du secteur médico-social, laisse des marges de manœuvres quasiment inexistantes aux partenaires sociaux pour envisager des hausses globales de salaires. Il est de 1,1 % pour l'année 2014, un taux qui permet simplement de prendre en compte le glissement vieillesse technicité (GVT). A la faiblesse des rémunérations s'ajoute une prise en compte limitée des frais professionnels, pourtant nombreux chez les intervenants à domicile. Pour prendre le seul exemple des frais de transports, ceux-ci sont indemnisés depuis plusieurs années à hauteur de 0,35 euro par kilomètre. L'avenant à la convention collective de la branche de l'aide à domicile

prévoyant une augmentation du montant de ces indemnités kilométriques n'a d'ailleurs jamais été agréé par la DGCS compte tenu de l'impact financier qu'aurait eu son entrée en application.

La précarisation des salariés est d'autant plus forte qu'un grand nombre d'entre eux travaillent à temps partiel. Sur ce point, nous avons à plusieurs reprises échangé avec nos interlocuteurs quant aux conditions de mise en œuvre de la durée minimale du temps de travail partiel, fixée à 24 heures hebdomadaires par la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi. Des appréciations diverses ont été portées. Si certains acteurs, notamment en milieu rural, jugent qu'elle serait difficile à mettre en place, d'autres soulignent que cette durée minimale est d'ores et déjà appliquée dans leurs structures. C'est notamment le cas de l'UNA Haute-Loire, que nous avons rencontrée au mois de février. Le facteur géographique – zone urbaine ou rurale – joue à ce titre un rôle important, notamment sur la dispersion des interventions et la durée des trajets. Il convient cependant de noter que la durée moyenne du travail se situe déjà actuellement autour de 24 heures par semaine. Les négociations en cours au sein de la branche de l'aide à domicile pour prévoir des dérogations globales à la règle des 24 heures, longues et difficiles, n'ont pour le moment pas abouti. Les fédérations d'employeurs ont présenté à la fin de l'année 2013 un premier projet d'avenant qui a été refusé par les syndicats de salariés. Les négociations portent actuellement sur une durée minimale de 16 heures par semaine ou 70 heures par mois, avec des exceptions pour certaines catégories très limitées. La prochaine commission mixte paritaire devrait se réunir le 3 juillet prochain.

Faiblement rémunérés, les salariés de l'aide à domicile sont également confrontés à des facteurs de pénibilité physique et psychologique non négligeables. Beaucoup de difficultés sont liées aux modalités d'organisation de l'activité : les trajets sont nombreux et parfois longs ; bien que le temps partiel soit fréquent, les personnels sont mobilisés sur des plages horaires étendues allant du lever au coucher des personnes accompagnées ; les interventions sont souvent hachées, caractéristique renforcée par le système de tarification horaire et la tendance actuelle à la limitation des plans d'aide. D'autres facteurs de pénibilité tiennent aux caractéristiques mêmes du métier : solitude des interventions ; stations debout fréquentes ; charges lourdes à porter. Enfin, la détérioration de l'état de santé des personnes accompagnées, qu'elle soit physique ou psychologique, peut également jouer sur la pénibilité ressentie par les intervenants. L'ensemble de ces éléments peuvent rapidement conduire à des situations d'épuisement et d'usure prématurée des salariés. Selon une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publiée en 2012, un tiers des salariés de l'aide à domicile déclarait un accident du travail au cours des douze mois précédant l'enquête, contre un quart dans le secteur privé.

La bonne application des règles fixées par le code du travail et les conventions collectives apparaît en outre problématique lorsque les structures, trop peu professionnalisées, ne disposent pas des moyens d'encadrement suffisants pour accompagner correctement leurs salariés. Certains salariés se plaignent d'une mauvaise application de la modulation du temps de travail à leur détriment, du non-respect des délais de prévenance, des dispositions sur le travail du dimanche et des jours fériés, de la non-rémunération des temps de déplacement entre deux séances consécutives de travail effectif, du non-respect du repos minimum légal et même de

harcèlement moral pour leur faire signer des avenants à la baisse sur des contrats de travail. Il faut se garder bien sûr d'en faire une généralité. Mais les contrôles réalisés par l'inspection du travail demeurent peu nombreux, alors même que le fait d'intervenir au domicile d'un particulier n'a pas pour conséquence d'empêcher toute forme de contrôle. De plus, ni les directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte), dans le cadre de l'agrément, ni les conseils généraux, dans le cadre de l'autorisation, n'assurent un suivi du respect de la réglementation sociale dans la mesure où cette exigence ne figure pas dans les cahiers des charges.

Ces constats posent la question plus fondamentale de l'évolution nécessaire de l'organisation de l'aide à domicile. Traditionnellement peu structurées, largement organisées autour du bénévolat, les structures d'aide à domicile doivent aujourd'hui monter en compétences à tous les niveaux pour fournir des prestations de qualité auprès d'usagers dont les besoins et les exigences se sont renforcés, mais également pour assurer le bien-être de leurs salariés.

Alors même que ces personnels doivent aujourd'hui intervenir auprès de personnes atteintes de pathologies de plus en plus lourdes et complexes, pour lesquelles il est indispensable de disposer d'un savoir-faire et d'un savoir-être suffisants, les métiers de l'aide à domicile demeurent considérés comme une forme d'aide-ménagère améliorée. Cette situation joue bien évidemment sur l'attractivité du secteur ainsi que sur la capacité des structures à fidéliser leurs salariés : les difficultés propres aux métiers sont souvent trop peu connues tandis que l'apport essentiel des intervenants auprès des publics fragiles reste insuffisamment valorisé.

Dans ces conditions, les services d'aide à domicile sont confrontés à un ensemble de paradoxes qui les conduisent à une situation proche de l'impasse. Si le secteur est présenté comme une source d'emplois importante, ceux-ci ne peuvent se développer auprès des publics fragiles qu'à la condition d'un effort financier suffisant de la part de la puissance publique pour solvabiliser la demande. Or le désengagement progressif de l'Etat dans le financement de l'APA et de la PCH empêche les conseils généraux d'assurer une évolution satisfaisante du niveau des plans d'aide. Rappelons que le versement de l'APA, dont près de 60 % des bénéficiaires résident à leur domicile, représentait en 2012 une charge totale de 5,4 milliards d'euros, couverte à hauteur d'un peu plus de 30 % par la CNSA. En 2011, 26 % des plans d'aide APA individuels étaient au maximum des plafonds autorisés. Cette donnée tend à prouver qu'une partie de la demande d'heures d'aide à domicile n'est pas satisfaite, faute de financements publics. Elles-mêmes confrontées à la nécessité de maîtriser leurs dépenses d'aide sociale, les caisses de retraite tendent à réorienter celle-ci vers des mesures de prévention au détriment des interventions directes au domicile.

Autre difficulté, l'exigence de professionnalisation du secteur et d'amélioration de la qualité des interventions ne peut s'envisager que si les services d'aide à domicile ont les moyens financiers d'assurer à leurs salariés des progressions de carrière satisfaisantes. Très nombreuses sont les structures qui ont engagé au cours des dernières années des politiques de formation ambitieuses. Bénéfique pour les personnels, la professionnalisation et l'accès aux diplômes du

secteur médico-social s'avèrent également indispensables à la qualité de la prise en charge de personnes dont les niveaux de dépendance sont de plus en plus élevés. Cependant, mises en œuvre isolément, ces mesures conduisent mécaniquement à une augmentation du coût horaire de l'intervention, parfois difficile à intégrer pour les conseils généraux. S'engage alors un cercle vicieux : le service est mis en difficulté si le coût de la professionnalisation n'est pas intégré dans le tarif horaire ; lorsque celui-ci est pris en compte mais qu'en résulte un reste à charge plus élevé pour le bénéficiaire, le nombre d'heures consommées peut alors diminuer et contribuer à dégrader la situation financière du service.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur. – Notre première recommandation, sans doute difficile à faire entendre dans une période de contraintes budgétaires, mais pourtant indispensable, vise à augmenter substantiellement le soutien financier de l'Etat vis-à-vis des services d'aide à domicile.

Un premier effort a été réalisé avec les deux fonds de restructuration créés en 2012 puis 2013. Au total, 100 millions d'euros doivent être versés en plusieurs tranches sur la période 2012-2014. Selon un bilan provisoire réalisé à la fin de l'année 2013, 601 services ont été aidés par le premier fond et 528 l'ont été par le second, dont près d'un tiers avait déjà bénéficié d'un soutien en 2012. Ces aides ponctuelles apportent une respiration qui était indispensable aux structures qui en ont bénéficié. Mais elles doivent être confortées par des mesures plus durables.

Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement entame une avancée encore trop timide par rapport aux attentes. Au sein du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa), 25 millions d'euros devront être fléchés vers la revalorisation des indemnités kilométriques de 0,35 à 0,37 centimes par kilomètre et l'augmentation d'un point d'indice dans la branche de l'aide à domicile. 350 millions d'euros seront par ailleurs destinés aux départements pour permettre une augmentation des plafonds de certains plans d'aide ainsi que la diminution d'une partie des restes à charge. Toutefois, ces efforts ne permettront pas de rééquilibrer le financement de l'APA entre l'Etat et les départements.

Nous proposons donc que l'étude nationale des coûts qui a été confiée en février dernier par la DGCS à un cabinet extérieur permette de fixer un tarif national de référence de l'APA, modulable suivant certaines caractéristiques, notamment géographiques. Celui-ci prendrait en compte les différents coûts supportés par les services mais aussi l'exigence de montée en qualité des prestations rendues aux usagers et d'amélioration des conditions de vie et de travail des personnels. L'augmentation des tarifs qui en résulterait serait prise en charge à 100 % par l'Etat, au moins pour la partie supérieure à la moyenne actuelle des services. Le coût de cette mesure pourrait être, en première estimation, compris entre 300 et 500 millions d'euros.

Notre appel à un engagement plus fort de l'Etat ne nous conduit pas non plus à nier les efforts qui doivent être fournis par les services d'aide à domicile eux-mêmes. Des marges de manœuvre existent pour améliorer l'organisation des structures et procéder aux mutualisations et regroupements nécessaires. Nous en avons eu la preuve dans le Val-de-Marne où s'est constitué un groupement de

coopération sociale et médico-sociale à partir de plusieurs services préexistants, dont certains connaissaient des difficultés financières importantes avant leur intégration dans la structure nouvelle. La mise en commun de fonctions supports, de personnels d'encadrement ou de certains personnels d'intervention, tels que les ergothérapeutes ou les psychologues, peut en outre constituer un vecteur important d'amélioration de la qualité du service rendu aux usagers. D'autres expériences analogues sont tentées dans certaines fédérations ou organisations du secteur.

D'autres mesures passent également par la modernisation des structures, avec la généralisation des dispositifs de télégestion, qui permettent un meilleur suivi de la consommation des plans d'aide, ou l'amélioration des systèmes d'information utilisés par les structures. Sur ces points, la CNSA apporte déjà un soutien technique et financier non négligeable, notamment à travers les conventions qu'elle a nouées avec des départements ainsi qu'avec les principales fédérations du secteur. Au 1^{er} janvier 2014, 46 départements et 8 fédérations étaient accompagnés par la CNSA pour des montants de subventions respectifs de 40 et 45 millions d'euros, versés sur plusieurs années. La CNSA travaille également au développement d'un système d'information qui permette de standardiser les échanges de données relatives aux plans d'aide, à la facturation et à la télégestion, entre les structures et leurs financeurs. L'ensemble de ces efforts doivent être poursuivis et renforcés.

Autre axe de recommandations : l'amélioration des conditions de travail, des rémunérations et des opportunités de carrière des salariés de l'aide à domicile. Le renforcement de l'effort financier en faveur du secteur de l'aide à domicile devrait contribuer à rendre soutenables les efforts de formation que réalisent depuis de longues années les structures d'aide à domicile au bénéfice de leurs personnels. Le soutien qu'apporte la CNSA dans le cadre des conventions qu'elle signe avec les organismes de formation du secteur devrait également pouvoir être renforcé.

Nous estimons par ailleurs nécessaire de rendre plus simple et plus lisible le paysage des différents diplômes et certifications applicables dans le secteur. Les diplômes d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) et d'aide médico-psychologique (DEAMP) sont par exemple très proches sans que les spécificités de chaque métier soient clairement comprises par les personnels concernés. Envisager la création d'un socle de compétences commun au plus grand nombre et pouvant ensuite ouvrir la voie vers des spécialisations différentes serait une piste intéressante.

Ces réflexions devraient permettre d'améliorer les possibilités d'évolution des personnels, que ce soit au sein des services d'aide à domicile, par exemple vers des postes de responsables de secteur, ou vers d'autres structures, notamment des établissements. Elles doivent également contribuer au renforcement des capacités d'encadrement dans les services, qui demeurent aujourd'hui l'une des grandes faiblesses du secteur de l'aide à domicile.

Par ailleurs, la prévention de la pénibilité constitue un enjeu essentiel dans un secteur où le personnel, relativement âgé et fortement sollicité physiquement dans ses interventions, ne doit pas se retrouver prématurément usé par l'exercice de son métier. Au-delà des initiatives individuelles, la structuration et le pilotage d'une véritable politique de prévention pourraient être assurés par la CNSA, en lien avec les fédérations, au titre de ses missions d'accompagnement des services d'aide à domicile.

Enfin, le respect des règles fixées par le droit du travail et les conventions collectives nous semble devoir faire l'objet d'un suivi renforcé. La direction générale du travail devrait pouvoir suivre l'évolution des contentieux dans ce secteur d'activité. L'inspection du travail, qui doit rester indépendante, devrait être sensibilisée à la nécessité d'effectuer des contrôles ciblés systématiques auprès des structures d'aide à domicile. Les cahiers des charges imposés aux acteurs par les financeurs et les organismes de certification pourraient comporter un volet sur les conditions de travail.

M. Dominique Watrin, rapporteur. – *Dernier volet de nos préconisations : l'amélioration du cadre juridique et tarifaire applicable aux services d'aide à domicile.*

Depuis 2012, l'assemblée des départements de France (ADF), en partenariat avec les fédérations du secteur, pilote dans une dizaine de départements l'expérimentation d'une tarification sous la forme d'une dotation globale dans le cadre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom). En pratique, le bénéficiaire achète un certain nombre d'heures d'aide à domicile et acquitte un ticket modérateur forfaitisé, lissé sur l'ensemble de l'année, qui correspond à une partie du coût global de l'enveloppe.

En première analyse, un tel dispositif présente des avantages certains. Il permet en premier lieu de sécuriser les relations entre les services et le conseil général en garantissant plus de visibilité dans l'évolution des financements. Les services doivent disposer de davantage de souplesse dans leurs interventions et les risques de pertes de recettes en raison de la sous-consommation des plans d'aide sont normalement évités. Le cahier des charges de l'expérimentation prévoit par ailleurs la valorisation d'un certain nombre de missions d'intérêt général, par exemple de prévention ou de lutte contre l'isolement, sur le modèle du dispositif existant pour les établissements sanitaires. Derrière la volonté de sécuriser les modalités de financement des services d'aide à domicile réside donc également le souci d'améliorer la qualité des interventions réalisées auprès des usagers en confiant aux structures des missions de service public définies dans un cadre contractuel. Comme le laissent entendre les premiers retours sur l'expérimentation, c'est une relation d'un type plus partenarial qui doit pouvoir se construire entre conseils généraux et services.

Certains éléments de l'expérimentation nous semblent cependant devoir faire l'objet d'une analyse plus approfondie. Ainsi, la forfaitisation du reste à charge, qui peut rassurer l'usager dans une certaine mesure, risque également de susciter de l'incompréhension dans les situations où l'ensemble du plan n'a pas été consommé pendant un mois donné.

Le cahier des charges de l'expérimentation prévoit le versement, par douzième, de 90 % du montant de la dotation globale, les 10 % restants étant gelés en début d'exercice puis libérés, le cas échéant, à l'issue d'un dialogue de gestion entre le service et le conseil général. Si ce mécanisme permet d'assurer une certaine sécurité en cas d'évolution à la hausse ou à la baisse de l'activité, le niveau des financements est construit sur les bases tarifaires actuelles dans le cadre d'une enveloppe fermée. Que fait le service pour répondre à une nouvelle demande d'usager lorsqu'il a dépassé son forfait ?

Si les missions d'intérêt général sont énumérées dans le cahier des charges de l'expérimentation, les retours des fédérations d'aide à domicile montrent qu'elles n'ont pas été systématiquement déclinées dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom), sans doute parce qu'aucune méthodologie n'a encore été définie pour parvenir à les valoriser. De la même façon, les cofinancements prévus par le cahier des charges entre l'assurance maladie et les conseils généraux n'ont pas été mis en œuvre pour le moment.

Toutes ces interrogations montrent combien il est nécessaire d'assurer un suivi précis de l'expérimentation et de procéder à son évaluation. Or le comité de pilotage ne s'est réuni qu'une fois, le 3 juillet 2013. Parallèlement, le projet de loi vieillissement propose de prolonger l'expérimentation pour une année supplémentaire. Il nous semble qu'il faut agir tout autrement en confiant dès à présent à l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) l'évaluation de l'expérimentation afin d'en tirer le plus tôt possible les conclusions qui s'imposent. Nul n'est besoin de prolonger indéfiniment une expérimentation si aucun suivi n'est assuré en parallèle ! Les conclusions qui seront rendues à l'issue de cette évaluation devront par ailleurs s'appuyer sur l'étude nationale de coûts, qui permettra de disposer d'éléments objectifs pour envisager la mise en œuvre de la réforme.

Autre réforme structurelle indispensable : mettre fin au système du droit d'option entre autorisation et agrément. Le dispositif actuel n'est pas satisfaisant. Par cohérence avec les évolutions envisagées dans le domaine de la tarification, nous estimons souhaitable de 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. Les services seraient soumis à des critères de qualité communs et les dispositifs d'évaluation seraient uniformisés. Une telle évolution constituera très certainement un bouleversement pour le secteur. Mais elle est cohérente avec l'idée que nous nous faisons du service public et du rôle des services d'aide à domicile auprès des plus fragiles.

Enfin, il est indispensable d'assurer une coordination accrue entre les structures qui interviennent au domicile des personnes fragiles, condition nécessaire au renforcement de la qualité des interventions.

Depuis 2004 peuvent être créés des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad), qui regroupent des services d'aide à domicile et des services de soins infirmiers à domicile. Le rapprochement entre ces deux types de services emporte de véritables opportunités en termes de mutualisation. Il peut également avoir un impact positif sur les salariés des services d'aide à domicile, davantage associés à des missions de prévention et en quelque sorte tirés vers le haut au contact des personnels soignants. Pourtant, il n'existe aujourd'hui que 91 structures et aucune évaluation globale n'a encore été menée pour comprendre les freins à leur développement. Nous recommandons par conséquent que soit confiée au plus vite à l'Igas une évaluation du fonctionnement des Spasad afin que puissent être clairement établies les pistes d'amélioration du dispositif. Parmi celles-ci nous semble devoir être étudiée celle d'une fongibilité complète entre les enveloppes de financement – assurance maladie et conseils généraux –. Nous estimons également qu'une généralisation du modèle des Spasad ne pourra être obtenue qu'au prix d'un

renforcement des liens entre ARS et conseils généraux, afin que ceux-ci deviennent pleinement partenaires dans la structuration d'une offre de services et de soins permettant d'éviter les ruptures de prise en charge.

Le décloisonnement des prises en charge est sans cesse présenté comme indispensable à l'amélioration du parcours de santé. Les tentatives de rapprochement entre secteur médico-social et sanitaire continuent pourtant de revêtir un caractère largement expérimental, notamment dans le cadre du parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa). Or il est plus que nécessaire de dépasser les expérimentations pour développer des dispositifs pérennes de coordination entre les structures sanitaires et médico-sociales dans lesquels les services d'aide à domicile puissent trouver toute leur place.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur. – « L'accent doit être mis, par priorité sur la nécessité d'intégrer les personnes âgées dans la société, tout en leur fournissant les moyens de continuer le plus longtemps possible à mener une vie indépendante par la construction de logements adaptés, par la généralisation de l'aide-ménagère à domicile, par la création de services sociaux de toute nature qui leur sont nécessaires. [...] Ainsi [...] pourra-t-on respecter le besoin qu'ils éprouvent de conserver leur place dans une société normale, d'être constamment mêlés à des adultes et à des enfants ». Cette phrase a été écrite en 1962 par Pierre Laroque, père de notre système de sécurité sociale, dans le rapport fondateur qu'il avait publié sur la « Politique de la vieillesse ». Vous le voyez, le souci du maintien à domicile est une constante de nos politiques. A l'heure où les services d'aide à domicile connaissent une crise sans précédent dont les usagers et les professionnels sont les premières victimes, nous estimons urgent d'affirmer une fois pour toutes la place que souhaite donner notre société à ce secteur, pour que le maintien à domicile soit une réalité pour tous les Français, et non seulement pour les plus aisés.

Mme Annie David, présidente. – Cette présentation montre combien le sujet de l'aide à domicile est complexe. Même s'il existe aujourd'hui des incertitudes quant à la pérennité des départements, les compétences qu'ils assument actuellement devront être exercées d'une façon ou d'une autre et se pencher sur le sujet a donc toute sa pertinence.

M. Jean-Noël Cardoux. – Les deux rapporteurs ont réalisé un important travail d'investigation. Il me semble malgré tout qu'ils ont omis un élément important. Il s'agit de la suppression en 2011 de l'abattement de 15 points du taux de cotisations patronales pour les particuliers employeurs, qui explique, avec la loi « Borloo », la déstructuration du secteur de l'aide à domicile. Je plaide pour un rétablissement de cet abattement.

Le droit d'option doit en effet être supprimé. Il faut que les conseils généraux et les agences régionales de santé (ARS) arrivent à travailler ensemble pour être en mesure de construire une démarche conjointe dans le cadre d'un système unique d'autorisation fondé sur des Cpom.

Beaucoup de choses peuvent être envisagées en termes de mutualisation, notamment en ce qui concerne les postes d'encadrement. Le système associatif a des limites et nous risquons d'être bientôt confrontés à un manque de bénévoles. Sans

doute pourrait-on envisager d'adosser certaines structures aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Comme l'ont souligné les rapporteurs, les Spasad ne sont pas suffisamment utilisés. Il faut les développer et favoriser le travail en commun avec les centres locaux d'information et de coordination (Clic).

Le Parlement va bientôt examiner le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Dans ce cadre, nous ne pourrions pas faire l'économie d'un débat sur la question du financement de la dépendance et sur la mobilisation de ressources assurantielles privées.

M. Georges Labazée. – Il existe de fortes disparités entre structures d'aide à domicile selon leur périmètre géographique d'intervention. Certaines sont implantées dans des zones urbaines ou péri-urbaines, d'autres interviennent exclusivement en milieu rural. Elles ne peuvent pas être traitées de la même façon, notamment du point de vue des indemnités kilométriques. Quelle méthode utiliser pour introduire des modulations ? La question reste posée.

Le débat sur le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement sera nécessairement l'occasion de poser la question du caractère universel de l'APA. Dans mon département, 6 000 personnes en bénéficiaient en 2002. Elles sont aujourd'hui 15 000. Dans le même temps, le partage des charges entre Etat et départements s'est considérablement déséquilibré au détriment de ces derniers.

J'insiste sur les bénéfices de la télégestion. Celle-ci permet en effet de suivre très exactement la durée des interventions et de déclencher au plus vite la mise en paiement. Les retours d'expérience sont très favorables.

M. René-Paul Savary. – Nous parlons aujourd'hui d'un domaine très complexe. Les personnels concernés exercent un véritable métier. Ils doivent être aidés et valorisés.

Les personnes ne sont pas aidées de la même façon selon leur degré de dépendance. Mais il faut définir plus clairement les responsabilités de chacun. Lorsque les caisses de retraite n'ont plus d'argent pour accompagner les GIR 5 et 6, elles diminuent les prestations sans aucune hésitation.

Le double système d'autorisation et d'agrément doit en effet être revu. Avoir un seul dispositif d'autorisation permettrait d'y voir plus clair. Il n'en demeure pas moins que la procédure d'appel à projets reste souvent difficile à appliquer et que les Cpom peuvent également être difficiles à mettre en place.

Le chèque emploi services universel (Cesu) doit lui aussi être plus largement utilisé. Si les choses doivent être encadrées, il pourrait être utile de réfléchir à un système permettant d'agréer les personnes plutôt que les structures.

Se pose également la question de la taille critique des services. Les grosses structures coûtent cher, leurs charges de fonctionnement sont élevées et certains frais liés au personnel d'encadrement sont parfois démesurés.

Enfin, nous devons tout miser sur la prévention. Les accidents domestiques conduisent bien souvent à faire basculer les personnes vers la dépendance.

M. Gérard Roche. – *Je regrette que ce rapport ne soit pas paru plus tôt. Il nous aurait été en effet très utile au moment des travaux préparatoires à l'élaboration du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement. La question du financement de la dépendance y a été en pratique très peu abordée.*

La création de l'APA a permis de reculer de dix ans l'âge moyen d'entrée en Ehpad. Les conseils généraux, que l'on voudrait aujourd'hui balayer d'un revers de main, ont su répondre présent pour exercer la mission de service public qui leur était confiée.

J'insisterai sur trois points importants abordés par le rapport. En premier lieu, il est en effet nécessaire d'améliorer la situation des personnels. Ces derniers sont parfois oubliés. Le travail à temps partiel est important et leur droit à la formation n'est pas assuré. Deuxièmement, la qualité du service rendu doit également être renforcée et les interventions ne peuvent rester des formes d'aide-ménagère améliorée. Pourquoi les Spasad ne sont-ils pas développés ? Tout simplement parce que les financeurs ne parviennent pas à se mettre d'accord sur le partage des responsabilités. Pourtant, le lien entre sanitaire et social est essentiel.

La loi Borloo avait pu susciter quelques craintes mais nous voyons aujourd'hui que les entreprises et les associations sont parfaitement complémentaires. Il faut veiller à assurer la convergence entre les services agréés et les services autorisés, notamment pour que les usagers soient traités de façon équitable quel que soit le service auquel ils ont recours. En outre, les entreprises privées sont parfois plus en difficulté que les associations.

J'avais présenté une proposition de loi pour assurer le financement pérenne de l'APA. Elle a été adoptée par le Sénat et une partie de son contenu a ensuite été reprise pour créer la Casa. Quelles que soient les évolutions institutionnelles futures, il faudra bien trouver une solution pour assurer sur le long terme le financement de l'APA.

Il faut évidemment engager des réformes et il serait inutile d'avoir une position purement défensive. Mais il est regrettable de constater le mépris dont souffrent les départements dans les médias et l'opinion publique quand on voit tout le travail accompli par ces collectivités.

M. Yves Daudigny. – *Je souhaite faire trois observations.*

La première est que le rapport m'a semblé un peu dur à l'égard des expérimentations en cours et je pense utile de rappeler le cadre dans lequel elles ont été mises en place. En 2010, l'ADF a engagé des négociations avec des représentants du secteur de l'aide à domicile regroupés sous le nom de collectif des seize. Ces négociations, qui ont duré de février 2010 à septembre 2011, ont abouti à une convention de partenariat fondée sur le constat de l'inadéquation des modalités de tarification horaire et mettant en place une globalisation des tarifs et des conventions d'objectifs et de moyens. Le gouvernement de l'époque n'a pas donné suite à cette convention et a même lancé un travail parallèle à l'Assemblée nationale.

Le gouvernement actuel, après s'être donné le temps de la réflexion, a donné un cadre juridique aux expérimentations qui sont actuellement engagées dans dix départements. C'est une véritable démarche de dialogue qui a été mise en place.

La deuxième observation concerne les contradictions du système actuel. Tous, nous souhaitons une montée en qualité des services d'aide à domicile, ce qui suppose une action déterminée en faveur de la formation. Or nous assistons à une raréfaction des financements publics et à une mobilisation des financements privés de plus en plus difficile. Un exemple, certains parcours de formation conduisant à l'obtention d'un diplôme sont bloqués, faute de moyens pour les mettre en œuvre. La télégestion, qui a facilité le paiement des heures effectuées, s'est parfois accompagnée d'un raccourcissement des durées d'intervention. On en vient à des situations où les interventions sont parfois moins longues que les temps de parcours. Enfin il est difficile d'articuler les différents types d'intervention qui font appel à des acteurs différents, des aides ménagères aux infirmières. Il faut parvenir à globaliser les interventions.

Ma dernière observation est plus générale. Chaque fois que nous nous penchons sur un exemple pratique d'action départementale nous constatons que le département est le périmètre pertinent pour l'action publique. C'est la raison pour laquelle le transfert de compétences à une autre collectivité sera difficile.

Mme Catherine Génisson. – *Le rapport qui nous a été présenté est de grande qualité et me semble un plaidoyer pour conserver l'échelon départemental. Il m'apparaît également important de mettre en place des formations et d'octroyer aux personnels de l'aide à domicile un véritable statut qui puisse valoriser leur carrière.*

M. Gérard Longuet. – *La qualité de nos échanges montre tout l'intérêt que peut représenter le cumul des mandats. Je souhaite souligner l'utilité des élus locaux, qui mènent avec les associations un dialogue fructueux depuis des décennies afin de mettre en place les services aux personnes âgées.*

Je souhaite aborder deux sujets plus larges. Le premier est l'impact macroéconomique de la dépendance et sa part dans le PIB au cours des vingt prochaines années. Avoir une mesure précise permettrait de connaître l'effort à fournir et de ventiler les dépenses entre les différents acteurs : solidarité nationale, assurances privées, familles.

Il me paraît également important de nous pencher sur les enjeux de géographie sociale. Les densités de population diffèrent sur le territoire et les conseils généraux jouent un rôle de péréquation nécessaire. Les carrières géographiques des individus ne s'inscrivent plus dans le même département. L'Ile-de-France exporte des personnes âgées et les départements du sud de la Loire les reçoivent. Nous avons une disparité entre les zones où se concentrent les activités économiques et celles où s'effectuent les dépenses sociales. Ceci impose une péréquation nationale.

Il faut prendre en compte l'éclatement géographique des familles. Certains territoires, souvent d'ailleurs ceux qui accueillent des personnes âgées, ne peuvent garder leur jeunesse et l'éclatement familial y est donc inéluctable. L'organisation des aides à domicile est donc nécessairement différente dans ces territoires et dans ceux où les enfants peuvent rester près de leurs parents.

Enfin il faut nous pencher sur l'économie des personnes âgées, la « silver economy ». Certaines personnes passent leurs premières années de retraite à l'étranger tant qu'elles sont en bonne santé et reviennent en France quand elles sont devenues dépendantes et ne peuvent être prises en charge par leur pays d'accueil. Parallèlement, la France peut accueillir des personnes âgées sous réserve de leur solvabilité. Nous ne disposons pour le moment d'aucune étude permettant de mesurer ces différents phénomènes.

Il me semble qu'étant donnée l'importance des enjeux le rapport qui nous a été présenté devrait donner lieu à un débat en séance publique.

Mme Isabelle Debré. – *S'agissant de la valorisation du statut des personnes qui ont en charge l'aide à domicile, il me semble que la validation des acquis de l'expérience (VAE) doit être développée. Par ailleurs le Cesu est un moyen d'encourager l'aide à domicile.*

M. Jacky Le Menn. – *Le constat de la complexité du financement est déjà ancien. Il y a eu plusieurs travaux en région, un rapport du conseil économique social et environnemental, plusieurs rapports demandés à des personnalités par les gouvernements successifs et des rapports parlementaires.*

Structurellement, le problème de l'aide à domicile vient de ce que l'on a besoin de beaucoup de personnels au même moment, l'heure des repas par exemple. Que faire des personnes en dehors des heures de pointes ?

Le rapport de l'Assemblée nationale proposait de supprimer le GIR 4 du champ de l'APA, dont il représente 40 % des coûts. Cela ne faisait en fait que reporter le problème sur les caisses de retraite.

Aucune solution ne s'est encore dégagée sur le financement. S'agissant de l'APA nous avons renoncé au recouvrement sur succession. Nous avons devant nous des décisions difficiles dont il faudra débattre au moment de la discussion du futur projet de loi. 85 % de la population âgée souhaite rester à son domicile, cela représente un coût qu'il faut trouver un moyen d'assumer.

Mme Laurence Cohen. – *Sous-jacent à l'analyse des rapporteurs est le fait que, comme le secteur de l'aide à domicile est très majoritairement féminisé, certains considèrent que la formation n'est pas nécessaire car les femmes posséderaient des qualités « naturelles » pour exercer ces tâches. Cette attitude contribue à la faible reconnaissance de l'utilité publique de ces métiers et je pense qu'il est important d'y mettre fin.*

Mme Annie David, présidente. – *Je souhaite simplement préciser que quand je soulignais la nécessité du maintien de la compétence en matière d'aide à domicile à une collectivité si les conseils départementaux étaient supprimés, je ne voulais pas dire que ce transfert serait facile, ni qu'il est souhaitable.*

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur. – *Beaucoup d'entre vous connaissent bien la situation du secteur de l'aide à domicile compte tenu de leurs fonctions dans les conseils généraux. Je retiens de vos interventions une grande convergence de vue sur nos propositions. C'est le point essentiel.*

Notre rapport ne portait pas directement sur ce sujet mais il ouvre en effet le débat sur la question du financement de la dépendance. L'aide à domicile a contribué à faire reculer l'âge d'entrée en Ehpad, elle doit être confortée.

Nous sommes également tous d'accord sur l'idée de revenir sur le droit d'option.

Sur la géographie, nous avons souligné qu'il s'agissait d'un point à prendre en compte. Il est évident que les temps de trajet et les coûts qui en résultent sont très différents selon les départements.

Nous sommes bien conscients que les moyens financiers sont limités. Rien dans le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement ne permet de rééquilibrer le financement de l'APA entre l'Etat et les départements. Or c'est ce qui pose problème. Le point d'indice dans la branche de l'aide à domicile n'a pas été augmenté depuis cinq ans. Les structures sont appauvries et l'attractivité des métiers diminue. Sur ce point, je précise que la VAE existe et qu'elle est appliquée dans le secteur. En effet, les métiers de l'aide à domicile sont trop peu considérés et il faudrait davantage former les personnels. Mais tout cela a un coût qu'il faut être prêt à assumer.

Nous ne formulons pas de réserves sur l'expérimentation menée par l'ADF. Mais nous ne jugeons pas nécessaire d'attendre encore une année pour commencer à en tirer des conclusions. Son évaluation doit être faite au plus vite et des pistes intéressantes peuvent rapidement être dégagées. Cette remarque s'applique d'ailleurs tout aussi bien aux Spasad. Les pistes pour moderniser le secteur existent. Pourtant, le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement ne fait que retarder les échéances. Le Parlement a un rôle à jouer pour aller plus loin.

M. Dominique Watrin, rapporteur. – Je rappelle le titre du rapport : un système à bout de souffle à réformer d'urgence. Nous ne pouvons pas évoquer l'ensemble des questions de financement dans ce rapport. Mais notre recommandation centrale est quand même d'aboutir à une augmentation des tarifs. Sans cet effort, la qualité du service rendu ne pourra pas être renforcée, la situation des personnels ne sera pas améliorée et l'hécatombe que connaissent aujourd'hui les services d'aide à domicile ne sera pas stoppée. Chaque semaine, une nouvelle structure tire la sonnette d'alarme ! Madame Delaunay, lorsqu'elle était encore ministre, avait accepté de nous recevoir pour parler du projet de loi. Je lui avais alors signalé que l'enveloppe de financement prévue par le texte était insuffisante.

L'abattement de 15 % constitue peut-être un élément à prendre en compte pour le développement des services à la personne mais une grande partie de la solvabilisation de la demande s'effectue via l'APA.

Les Clic sont fragilisés par le désengagement des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) et nous constatons sur le terrain que beaucoup de départements finissent par les reprendre sous leur responsabilité.

La télégestion constitue en effet un outil d'amélioration du fonctionnement des services mais elle peut également entraîner des dérives, par exemple lorsque les emplois du temps des salariés sont modifiés au dernier moment, sans respect des délais de prévenance.

En effet, la prévention doit être une priorité. 40 % des entrées en dépendance sont consécutives à des chutes. Il serait en effet intéressant de calculer l'impact économique de la prise en charge de la perte d'autonomie : la « silver economy » peut être source d'emplois et il faut encourager les jeunes à s'engager vers ces métiers.

Il existe un paradoxe s'agissant de la formation. Les services qui ont le plus qualifié leurs personnels sont parfois ceux qui rencontrent aujourd'hui les difficultés les plus profondes.

J'adhère totalement à l'importance de la péréquation entre territoires ruraux et territoires urbains. La péréquation doit également être entendue au niveau national.

Certes, les personnels de l'aide à domicile sont souvent mobilisés sur les mêmes plages horaires. Mais cela ne doit pas conduire à leur précarisation ni à des interventions trop hachées. Certains services arrivent à garantir une durée minimale du travail à temps partiel de 24 heures.

En effet, l'APA a constitué un progrès. Mais il aurait été préférable, dès le départ, de créer une cinquième branche de la sécurité sociale plutôt que de mettre en place un dispositif de financement dont nous voyons bien aujourd'hui qu'il n'est pas pérenne.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur. – *Les modèles familiaux évoluent et les personnes se retrouvent souvent isolées. Le parcours de soins n'en est que plus important car c'est bien souvent la famille qui est en mesure de créer le lien entre les différentes structures d'aide ou de soins. De ce point de vue, la capacité d'accompagnement de l'aide à domicile n'est peut-être pas suffisamment prise en compte alors qu'elle est essentielle.*

Mme Annie David, présidente. – *Je vous propose que nous demandions un débat en séance publique sur ce rapport lors d'une prochaine semaine de contrôle, très certainement à la rentrée parlementaire.*

La commission, à l'unanimité, autorise la publication du rapport d'information.

II. ANNEXE : LE NOMBRE DE STRUCTURES ET D'INTERVENANTS DANS LE SECTEUR DE L'AIDE À DOMICILE AUPRÈS DES PUBLICS FRAGILES

1. La connaissance du secteur par les branches professionnelles

a) Le secteur privé non lucratif

- Le secteur privé non lucratif est régi par une convention collective unique signée le 21 mai 2010 et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

Les quatre fédérations signataires de cette convention collective sont l'UNA (Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles), l'UNADMR (Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural), Adessadomicile et la FNAAFP-CSF (Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire, adhérente de la Confédération syndicale des familles).

La branche de l'aide à domicile regroupe un champ plus large que celui des seuls services d'aide à domicile puisqu'y sont inclus également des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) ainsi que des centres de soins infirmiers (CSI). Certaines structures ont par ailleurs diversifié leur champ d'intervention vers des activités telles que le portage de repas, la garde d'enfants, le petit jardinage ou le transport de personnes.

Selon Uniformation, l'organisme paritaire collecteur agréé (Opca) de l'économie sociale et de la branche de l'aide à domicile, cette dernière regroupait en 2011 5 242 établissements adhérents et 222 952 salariés. 4 216 structures, soit 80 % d'entre elles, ont moins de 50 salariés. 97 % des salariés sont des femmes et 49 % ont plus de 45 ans.

85 % des salariés travaillent auprès des personnes âgées ou handicapées, 5 % sont des aides-soignants ou des infirmiers intervenant au domicile, 2 % sont des techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF) et 8 % des personnels d'encadrement ou administratif.

- Un nombre limité de structures privées non lucratives ne sont pas incluses dans la branche de l'aide à domicile mais régies par une convention collective propre. C'est notamment le cas des services d'aide à domicile gérés par la Fehap (25 services) et par la Croix rouge (20 services prestataires et 8 services mandataires). Certaines mutuelles ou fondations peuvent également développer leurs propres services d'aide à domicile.

b) Le secteur privé lucratif

Les entreprises privées de services à domicile sont régies depuis le 20 septembre 2012 par la convention collective nationale des entreprises de services à la personne.

Les deux fédérations signataires de cette convention collective sont la fédération du service aux particuliers (Fesp) et la fédération française des services à la personne de proximité (Fédésap).

Au 31 décembre 2012, la direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques (Dares) dénombre 17 060 entreprises privées de services à la personne dont 5 990 auto-entrepreneurs. Ces structures emploient 135°800 salariés.

c) Les services gérés par des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS-CIAS)

L'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS) recense 1 721 adhérents gérant un service d'aide à domicile¹.

Les services gérés par les CCAS/CIAS employaient en 2010 30 000 aides à domicile. 40 % d'entre elles sont diplômées et 61 % sont des agents titulaires de la fonction publique (les autres sont des agents contractuels).

En 2010, 30,4 millions d'heures ont été effectuées auprès de 204 000 bénéficiaires. 57 % de ces heures ont été réalisées dans le cadre de plans d'aide APA, 25 % dans le cadre de l'action sociale financée par les caisses de retraite, 3 % auprès de personnes handicapées et 15 % auprès de publics autres, notamment de familles.

d) Les salariés dépendant de la branche du particulier employeur

Selon les données fournies par l'observatoire de la fédération des particuliers employeurs (Fepem), 1,3 million de salariés ont travaillé au domicile de plus de 2,5 millions de particuliers employeurs en 2011. Près de 580 millions d'heures ont été travaillées, générant 5,3 milliards d'euros de masse salariale nette².

Ce secteur particulier de l'emploi direct est aujourd'hui confronté à une diminution de son volume d'activité. Le rapport d'activité pour l'année 2011 note ainsi, pour cette même année, une diminution de 2,5 % du nombre de particuliers employeurs et de 4,6 % du nombre de salariés pour les activités hors garde d'enfants, ce dernier secteur continuant de connaître une progression soutenue.

Une étude réalisée par la Fepem en décembre 2011 dénombre 1 137 000 particuliers employeurs âgés de 60 ans et plus³. Ces personnes sont âgées en moyenne de 78 ans. 15 % d'entre elles sont bénéficiaires de l'APA. L'étude considère cependant qu'une part plus importante de cette population peut être considérée comme fragile.

¹ Données fournies par l'UNCCAS en réponse au questionnaire transmis par les rapporteurs.

² Fepem, Rapport de la branche salariés du particulier employeur, édition 2013.

³ Fepem, Qui sont les particuliers employeurs en part d'autonomie et leurs salariés ?, décembre 2011.

2. La connaissance du secteur par les ministères concernés

Les deux administrations centrales susceptibles de fournir des données chiffrées sur les structures d'aide à domicile sont la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services (DGCIS).

Ces informations sont issues de deux bases de données :

- le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess), rempli par les agences régionales de santé (ARS) et les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), qui porte sur l'ensemble du champ sanitaire, social et médico-social ; elles concernent les structures autorisées ;

- la base Nova, alimentée par directions régionales des entreprises, de la concurrence de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) ; elle regroupe les données relatives aux structures agréées.

a) Les structures autorisées (Finess)

Dans ses réponses au questionnaire adressé par vos rapporteurs, la DGCS dénombre 8 964 services d'aide et d'accompagnement à domicile dont 7 130 structures autorisées recensées dans Finess.

Selon le système d'information sur la masse salariale des établissements sociaux et médico-sociaux (SIMS), ces structures regroupent 146 000 ETP : 120 000 dans les services relevant du secteur privé non lucratif ; 26 000 dans ceux relevant du secteur privé commercial.

b) Les structures agréées (Nova)

Au 1^{er} janvier 2014, 8 563 structures sont habilitées à intervenir auprès des publics fragiles. Selon la DGCIS, ce nombre comprend les structures agréées mais également plus de 95 % des services autorisés. En effet, la très grande majorité des services autorisés choisissent de bénéficier de l'équivalence entre autorisation et agrément prévue par le code de l'action sociale et des familles, l'agrément ouvrant droit à un certain nombre d'avantages fiscaux.

Au sein de cet ensemble, 4 520 structures sont des associations et 2 879 sont des entreprises. Ces dernières, tout en représentant 27 % des organismes agréés, ne comptabilisent que 10 % des heures prestées.

Le nombre de salariés intervenant auprès des publics fragiles est estimé à 557 000 (mandataire, prestataire, gré à gré). Près d'un salarié sur deux cumule plusieurs contrats, soit en intervenant sous plusieurs régimes, soit en ayant un deuxième emploi dans un secteur autre que l'aide à domicile.

III. LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LES RAPPORTEURS

Mercredi 8 janvier 2014

- **Thierry d'Aboville**, secrétaire général
Christian Fourreau, directeur-adjoint
Union nationale de l'aide à domicile en milieu rural (UNADMR)

Mardi 14 janvier 2014

- **Françoise Nouhen**, 3^e vice-présidente, présidente de l'UDCCAS du Puy-de-Dôme, vice-présidente du CCAS, adjointe au maire de Clermont-Ferrand
Christophe Piteux, délégué général adjoint en charge des services aux adhérents
Eléonora Busi, conseillère technique
Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)

Mercredi 15 janvier 2014

- **Luc Allaire**, directeur
Etienne Deguelle, directeur adjoint de la compensation de la perte d'autonomie
Louis-Xavier Colas, chargé d'études pour le développement de l'aide à domicile
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- **Gérard Rivière**, président
Antonin Blanckaert, directeur de l'action sociale
Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav)

Mardi 28 janvier 2014

- **Jean-Louis Lemierre**, président, président de l'association « Aide à domicile 72 »
Christian Zytynski, trésorier, directeur de l'association « Pyrène plus »
Guy Fontaine, secrétaire général
Claire Perrault, secrétaire générale adjointe en charge des relations sociales
Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire, adhérente à la confédération syndicale des familles (FNAAFP/CSF)

Mercredi 5 février

Table ronde

- **Nathalie Canieux**, secrétaire générale fédération santé-sociaux
Confédération française démocratique du travail (CFDT)
- **Gérard Sauty**, négociateur
Nadia Aufrère, négociatrice de la convention collective des associations
d'aide et de maintien à domicile
Confédération française des travailleurs chrétiens - santé et sociaux (CFTC)
- **Claude Dumur**, négociateur dans la branche de l'aide à domicile
Pascale Moreau, responsable de secteur
Confédération française de l'encadrement - confédération générale des
cadres (CFE-CGC)
- **Marie-Line Cavallé**, négociatrice
Nathalie Delzongle, membre de la fédération nationale
Fédération nationale des personnels des organismes sociaux -
Confédération générale du travail (FNPOS-CGT)
- **Jean-Pierre Hardy**, chef du service social
Marylène Jouvien, chargée des relations avec le Parlement
Assemblée des départements de France (ADF)

Mardi 11 février

- **Christiane Martel**, présidente honoraire
Yves Vérollet, délégué général
Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)
- **Jean de Gaullier**, président fédéral
Hugues Vidor, directeur général
Didier Duplan, directeur général adjoint, responsable du pôle personnes
âgées - personnes handicapées
Adessadomicile

Mercredi 12 février

- **Marianne Cotis**, chef du bureau de la durée et des revenus du travail
Gilbert de Stefano, président de la commission mixte dans la branche de
l'aide à domicile
Direction générale du travail

Mardi 25 février 2014

- **Gilles Dumont**, directeur de projet auprès du chef du service tourisme, commerce, artisanat et services
Guy Vaugois, responsable du pôle du développement des services à la personne de la mission des services à la personne
Monique Bosquain, responsable du pôle de la valorisation des services à la personne
Direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services (DGCIS)
- **Jean-Rémy Acar**, directeur général
Magali Nijdam, directrice affaires publiques et communication
Audrey Piton, responsable de la filière dépendance
Fédération des particuliers employeurs (Fepem)
- **Sabine Fourcade**, directrice générale
Alice Clérici, adjointe à la sous-directrice de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées
Laurent Sanders, adjoint au chef du bureau de la prévention de la perte d'autonomie et du parcours de vie des personnes âgées
Boris Minot, chef du bureau de l'emploi et de la politique salariale
Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

Mercredi 26 février 2014

- **Carole Daoud**, directrice de la santé et de l'autonomie
Katy Bontinck, déléguée nationale domicile
Croix rouge française
- **Alain Villez**, conseiller technique en charge des personnes âgées
Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uniopss)
- **Florence Leduc**, directrice de la formation et de la vie associative
Adeline Leberche, directrice du secteur social et médico-social
Tharsini Bancel, conseillère santé social
Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap)

Mercredi 5 mars 2014

- **Didier Lesueur**, délégué général adjoint
Claudine Padiou, directrice scientifique
Estelle Camus, chargé d'études autonomie
Catherine L'Héritier, consultante
Observatoire décentralisé de l'action sociale (Odas)
- **Nadine Goret**, vice-présidente
Thierry Dez, directeur général
Martine Rebière, conseiller en formation de la branche aide à domicile
Unifformation

Mardi 8 avril 2014

- **Christian Junik**, vice-président en charge de la commission affaires sociales
Franck Nataf, vice-président en charge de la commission autonomie, dépendance et handicaps
Fédération des entreprises de services à la personne de proximité (Fedesap)
- **Maxime Aiach**, président
Olivier Peraldi, directeur général
Fédération du service aux particuliers

Jeudi 13 février 2014 : déplacement au Puy-en-Velay

Jeudi 17 avril 2014 : déplacement à Créteil